Project Completion Report

Project on seamless health and social services provision for elderly persons (S-TOP) in Thailand

Bangkok, October 2022

Japan International Cooperation Agency (JICA)

HM
JR
23-056

Project Completion Report

I. Basic Information of the Project

1. Country

Thailand

2. Title of the Project

Project on seamless health and social services provision for elderly persons (S-TOP)

3. Duration of the Project (Planned and Actual)

8 November 2017 to 31 October 2022 (planned and actual)

4. Background

In the Kingdom of Thailand, 6.66 million people out of the total population of 65.93 million are older persons aged 65 years and over, which accounts for 10.1% of the total population, indicating that Thailand has become an aging society[1]. This figure is, in fact, the highest among ASEAN countries except for Singapore. Thailand has become an aging society since 2002, with more than 7% of the population aged 65 and over. The proportion is projected to double to 14% in 20 years, or by 2022, marking the beginning of an aged society. This rate of population aging is faster than when it took Japan 24 years to transition from aging to aged society[2]. Moreover, older persons in Thailand are defined as those aged 60 and over. As a result, Thailand is considered an aged society as of 2015 with those aged 60 and over making up 16% of the population, according to the survey conducted by the National Statistic Office in 2014[3].

Unlike population aging in developed countries, including Japan, Thailand will have to experience rapid aging of its population without the accompanying economic growth and social security system comparable to that of developed

[1] National Population Distribution by Age, December 2016 (Department of Provincial Administration, Royal Thai Government) (in Thai). The figure is the total number of people aged 65 and over, only with "Thai nationality registered in the House Registration". The population aged 65 and over accounted for 10.3% of the total 64.42 million "Thai nationality registered in the House Registration".

[2] "World Population Prospects: The 2015 Revision" (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations)

[3] "Situation of the Thai Elderly 2015" (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute)

countries. There is pressing needs for Thailand to initiate appropriate measures to cope with the demand for medical and long-term care as well as income support such as pensions, while keeping the country's circumstances in mind.

With regard to long-term care, the number of older people requiring assistance will rise as the population ages. Urbanization and social change will lead to an increasing number of older persons living alone or with spouse only. (The proportion of older persons living alone increased from 4.3% in 1986 to 7.6% and 9% in 2007 and 2014, respectively. The proportion of older persons living with their old spouses increased from 6.7% to 16.3% and 19% in the same period[4].) This indicates that family members alone will not be able to provide adequate care and community-based strategies need to be introduced.

In response to the situation, JICA has implemented two technical cooperation projects: Development of a Community-based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model (CTOP) (2007-2011) and Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People (LTOP) (2013-2017). The CTOP project has successfully proposed and carried out a service model that integrates healthcare and social welfare services for older persons with the help of volunteers from the local community. The model focuses on providing efficient access to senior-related healthcare and social services that typically operate in different sectors. The LTOP project has developed a model and policy recommendations to ensure long-term care for older people requiring assistance in the middle of changes of family structure. The project sought to establish a financially sustainable policy and long-term care personnel training program rather than relying only on existing resources.

The Thai government has requested Japan's knowledge and experience in dealing with issues related to population aging, which led to the implementation of the current project. The agenda includes strengthening intermediate care (process that facilitates a smooth transition from acute to home-based care) and addressing dementia, which may become a burden on families and communities as the population ages.

5. Overall Goal and Project Purpose (from Record of Discussions(R/D))

[4] "Situation of the Thai Elderly 2015" (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute)

Overall Goal: Developed models in the Project are utilized nationwide.

Project Purpose: Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for elderly persons.

6. Implementing Agency

Ministry of Public Health (MOPH), Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS), and National Health Security Office (NHSO)

7. Project Site

The project site of S-TOP includes in below.

Pilot Sites: 8
Chiang Mai, Khon Kaen, Nakhon Ratchashima, Nontaburi, Bangkok, Chonburi, Surat Thani, Phuket

Potential Settings: 2
Chiang Rai (Khuntan Hp), Nakhon Pathom (Mettapracharak Hp)

Practical Supporters: 2
Saraburi, Songkhla

Academic Supporters
Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, any other related universities, etc.

II. Results of the Project

1. Results of the Project

1-1 Input by the Japanese side (Planned and Actual)

1-1-1. Long term experts
(a) Chief Advisor
-Mr. Akio Koide
Planned: from 8 November 2017 to 31 August 2020
Actual: from 8 November 2017 to 15 September 2020 (extended due to

COVID-19)

-Mr. Motooki Sakai

Planned/Actual: from 20 November 2020 to 31 October 2022

(b) Project coordinator

-Mr. Masahiro Okada

Planned/Actual: from 2 April 2018 to 1 April 2020

-Ms. Akiko Yokoyama

Planned: from 20 March 2020 to 19 March 2022

Actual: from 23 March 2020 to 31 October 2022 (traveled to Thailand on 21 August 2020 due to COVID-19. The initial contract was extended to 20 August 2022, and then to 31 October 2022)

(c) Rehabilitation / Elderly care

-Ms. Hiroka Yoneda

Planned: from 23 November 2017 to 22 November 2019

Actual: from 23 November 2017 to 22 November 2020

-Ms. Keiko Mehra

Planned/Actual: from 27 November 2020 to 31 October 2022

1-1-2. Short term experts

(a) Rehabilitation

-Prof. Yasushi Uchiyama, Nagoya University, Aichi, Japan

Planned/Actual: from 21 December 2018 to 22 December 2018, and from 26 February 2019 to 1 March 2019

(b) Community-based integrated care system

-Mr. Yoichi Maruyama, the Head of Physiotherapy Department, Kakeyu Hospital, Nagano, Japan

Planned/Actual: from 4 June 2019 to 8 June 2019

(c) Health Policy

-Invited online (Refer “1-3 Activities”)

(d) Geriatrics and so on.

-Prof. Reiko Hayashi, Deputy Director-General

Planned/Actual: from 19 July 2022 to 23 July 2022 (sent as a monitoring mission member)

1-1-3. Training in Japan
8 trainings were conducted in total and 149 participants were trained (71 onsite and 78 online).

(a) Health / elderly policy
-Policy training for 12 Thai participants in February 2019 (KCCP, Onsite)
-Policy training for 12 Thai participants in August 2019 (Invitation Scheme, Onsite)
-Policy training for 24 Thai participants in August 2021 (Online)
-Policy training for 17 Thai participants in August 2022 (KCCP, Onsite)

(b) System for community-based integrated care
-Technical training for 15 Thai participants in January 2019 (KCCP, Onsite)
-Technical training for 15 Thai participants from January to February 2020 (KCCP, Onsite)
-Technical training for 32 Thai participants in February 2021 (Online)
-Technical training for 22 Thai participants in February 2022 (Online)

1-1-4. Cost to conduct seminars (shared with Thai side)
-S-TOP organized the JOCV&S-TOP Joint Seminar on Rehabilitation in June 2019. Its cost is included in 1-1-5.
-S-TOP organized a joint meeting of Drafting Team (DT) and Research Team (RT) on 29 September 2021, 20-22 December 2021, 12 January 2022, 28 February 2022, 23 June 2022, 8 August 2022, 30-31 August 2022 and 30 September 2022. The implementation costs are included in 1-1-5.

1-1-5. Other necessary cost for operation of the pilot projects:
19,290,233.52THB (Total amount of (a)+(b)+(c) in below)

(a) Overseas activity cost: 13,647,603.52 THB (Actual)

(THB)

	Apr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dec	Jan-Mar	Sub-total
JFY2017	-	-	577,190.03		577,190.03
JFY2018	407,115.57	617,565.12	375,692.37	414,158.56	1,814,531.62

JFY2019	839,367.94	791,861.86	510,721.08	655,587.53	2,797,538.41
JFY2020	153,520.00	270,286.54	285,983.93	1,036,718.58	1,746,509.05
JFY2021	405,113.19	555,281.99	1,225,354.7	1,345,035.53	3,530,785.41
JFY2022	781,650.47	1,544,508.53	854,890.00(estimate)	-	3181049.00
				TOTAL:	13,647,603.52

(b) Equipment for COVID-19 support: 3,677,030.00 THB

Equipment	Unit cost	No. provided	Total cost
1. Lightweight Wheelchair	14,400	76	1,094,400
2. Occupational Therapy Kit (1)	7,155	55	393,525
3. Occupational Therapy Kit (2)	24,010	23	552,230
4. Thermometer and Automatic Alcohol Gel Dispenser with Stand	2,765	76	210,102
5. Digital Blood Pressure Monitor	1,930	63	121,609
6. Portable Thermometer	2,781	63	175,184
7. Portable Ultrasound	9,603	63	604,989
8. Pulse Oximeter	1,107	63	69,722
9. Stethoscope	4,365	63	274,995
10. Home Visiting Bag	2,862	63	180,275
GRAND TOTAL (Baht)			3,677,030

(c) External research for policy recommendation of the Project: 1,965,600THB

1-2 Input by the Thai side (Planned and Actual)
1-2-1. Project Director
1-2-2. Project Manager
1-2-3. Project Counterparts
-Refer ANNEX 1-1.

1-2-4. Project office room, meeting room and assistants to JICA experts
-Project office room is provided at the 8th Floor, 7th Building, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health
-Meeting rooms in 7th Building, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health are provided when necessary
-Salaries of 3 assistants to JICA experts are paid by TICA (10,350THB/month/person)

1-2-5. Cost to conduct seminars (shared with Japanese side)
-Disbursed by Thai side (National Seminar in July 2018, December 2018, August 2019 and July 2022)

1-2-6. Cost for operation of the pilot projects (including human resources cost and administrative cost for the operation of pilot activities)
-Disbursed by Thai side

1-2-7. Cost to conduct in-country training
-Disbursed by Thai side

1-3 Activities (Planned and Actual)
1-3-1. Activities of the Output 1

Activities under output 1: For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.	
1-1	Conduct assessment on policies, regulations and programs at the central level.
1-2	Select pilot sites based on appropriate criteria.
1-3	Organize committees at each site by concerned organizations.
1-4	Conduct assessment on the situation of service provision at each site.
1-5	Analyze the situation and identify gaps to be filled at each site.
1-6	Summarize the result.

Assessment on policies, regulations and programs at the central level was conducted from November 2017 to June 2018 including the review of Service Plan of Intermediate Care issued by Ministry of Public Health (MOPH) in August 2017 (Activity 1-1).

Pilot sites of S-TOP were selected according to the criteria set by the Project[5]. After the expert team visited candidate sites for the selection, the sites of S-TOP were confirmed at the 1st JCC on 8 June 2018 and the 2nd JCC on 29 March 2019 (Activity 1-2).

Category of site	Province	Approval
Main sites (8)	Chiang Mai, Khon Kaen, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, BMA, Chonburi, and Surat Thani	1st JCC in June 2018
	Phuket	2nd JCC in March 2019
Potential settings (2)	Chiang Rai (Khuntan Hospital), Nakhon Pathom (Mettapracharak Hospital)	1st JCC in June 2018

[5] Criteria to select pilot sites were 1) regional balance – North, Northeast, East, Central, South, 2) trial commencement of intermediate care between “acute hospital” (A/S level) and “community hospital” (F/M level), 3) possibility to relate to good practice of social care /CTOP, LTOP sites, 4) least number of health personal force (existence of PM&R Doctor, nurses, rehabilitation professional, social worker, care manager and care givers), 5) recommendation from the Thai government – MOPH, NHSO, MSDHS and 6) location of JICA volunteers are nearby and can be involved to the project.

S-TOP conducted the Kick-off Meeting in 8 pilot sites and 1 potential setting[6] (Khuntan Hospital in Chiang Rai) during 15 August 2018 and 16 November 2018 to confirm the stakeholders of S-TOP at the provincial level described in "Form 1" (Activity 1-3).

In the Kick-off Meetings, assessments about service provision at each site were conducted by "Form 2" (Activity 1-4), and the situation analysis and gap identification were done by "Form 3" (Activity 1-5).

The results of Kick-off Meetings were summarized and shared to the counterparts of the central government, including project directors and project managers in December 2018 (Activity 1-6).

1-3-2. Activities of the Output 2

Activities under output 2: Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.	
2-1	Based on the result of output 1, gain the ideas to fill the gaps identified at each pilot site.
2-2	Draft a plan to realize the ideas gained in activity 2-1.
2-3	Experiment the plan at each pilot site.
2-4	Monitor the experimentation and evaluate the results.
2-5	Finalize experimentation plans as models.
2-6	Document models gained in activity 2-5 with evidence.

Ideas to fill the gaps identified in the activities of Output 1 were presented during the 2nd JCC held on 29 March 2019 (Activity 2-1).

S-TOP sites drafted a plan to fill the gaps by "Form 4" from December 2018 to March 2019 (Activity 2-2) and experiment the plan at each pilot site from April 2019 onward (Activity 2-3).

Monitoring of the experimentation and evaluation of the progress were done by information and data collection through Form 4 and site visits (Activity 2-4). Reporting period of 1st round of Form 4 was from July 2019 to September 2019, and 2nd round of Form 4 was from October 2019 to December 2019. The reporting period of Form 4 was changed biannually from the 3rd round of Form 4.

[6] Mettapracharak hospital joined the kick of meeting in BMA as they were initially expected to be a part of BMA stakeholder map. After a series of discussion, the Project decided to have Mettapracharak as a potential setting of S-TOP.

The reporting period of Form 4 gained by the Project is described in below.

Table: Reporting period and number of submissions of Form 4

	Reporting period	Number of submitted facilities
1st round	April 2019-June 2019 (3months)	46
2nd round	Jul 2019-Sep 2019 (3 months)	41
3rd round	October 2019-March 2020 (6 months)	42
4th round	April 2020-September 2020 (6 months)	37
5th round	October 2020-March 2021 (6 months)	41
6th round	April 2021-September 2021 (6 months)	32
7th round	October 2021-March 2022 (6 months)	18

See the details of Monitoring Sheet in ANNEX 2-2.

1st round of site visit to 8 main sites was conducted from February 2019 to August 2019 and 2nd round was done from October 2019 to December 2019 for Surat Thani, Chonburi, Chiang Mai, and Nakhon Ratchasima. Site visits were not implemented as planned after January 2022 due to the spread of COVID-19. The achievement of site visits is described in the table below.

	1st round	2nd round	3rd round
Chiang Mai	May 2019	November 2019	June 2022
Khon Kaen	February 2019	December 2021	-
Nakhon Ratchasima	May 2019	December 2019	January 2022
Nonthaburi	July 2019	October 2020	November 2021
BMA	May 2019	July 2022	-
Chonburi	May 2019	November 2019	October 2021
Surat Thani	February 2019	October 2019	January 2022
Phuket	August 2019	March 2021	-
Khuntan	June 2022	-	-
Mettapracharak	May 2018	July 2022	-

Discussion to finalize experimentation as models started in July 2021 (Activity 2-5) and documentation of models with evidence started in January 2022 (Activity 2-6) as a part of drafting policy recommendation report.

1-3-3. Activities of the Output 3

Activities under output 3: Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.	
3-1	Discuss the models and how to expand them nationwide.
3-2	Document recommendations on models and necessary actions for expanding them

	nationwide.
3-1	Submit recommendations to the relevant organizations.

To develop policy recommendations, Drafting Team (DT) and Research Team (RT) were set, and the members of DT and RT were formally appointed by Ministerial order issued on 4th November 2021 (ANNEX 1-2).

Several times of DT and RT meetings were organized and discussed the issues on policy recommendations as follows. The draft policy recommendation was developed based on the discussions in the meetings.

		Dates	Contents
2021	1st meeting	29 Sep.	Kick-off
	2nd meeting	20-22 Dec.	Identification of the issues (Workshop style)
2022	3rd meeting	12 Jan.	Sharing the results of workshop
	4th meeting	28 Feb.	Discussion on the model and contents
	5th meeting	23 June.	Discussion on the model and contents
	6th meeting	8 Aug.	Discussion on the draft policy recommendation
	7th meeting	30 Aug.	Discussion on the draft policy recommendation revised by Japan training participants and presentation of the revised draft policy recommendation (held as a part of Japan training)
	8th meeting	31 Aug.	Presentation on the revised draft policy recommendation and discussion with former chief advisors of CTOP/LTOP/S-TOP (held as a part of Japan training)
	9th meeting	29 Sep.	Discussion on policy recommendation and discussion on specific proposal for IMC Service Plan

Discussions on the model and its dissemination nationwide (Activity 3-1) were also made in these DT and RT meetings.

Document recommendations on model and necessary actions for expanding them nationwide (Activity 3-2) was carried out in parallel with these DT and RT meetings. The Japan training, which took place from 20 to 31 August 2022, also played a major role in the formulation of the policy recommendations. The trainees, including DT and RT members, worked on revising the daft policy recommendation based on the learning from Japan during the training.

The policy recommendation report with recommendations on models and necessary actions for expanding them nationwide was finalized in October 2022 and proposed to the relevant organizations for consideration at 4th JCC

organized in October 2022. Then it was submitted to Permanent Secretary of MOPH for further management.

2. Achievements of the Project

2-1 Outputs and indicators

(Target values and actual values achieved at completion)

Output 1. For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.
1-1. Summarized result is documented.
1-2. 80% of attendants to the seminar for sharing identified issues agreed that those issues are important to improve their activities.

1st indicator of Output 1 was achieved by the development of Form 1-3 of main sites in December 2018. 2nd indicator of Output 1 was achieved 100% as identified issues were agreed unanimously during the 1st JCC in June 2018.

Output 2. Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.
2-1. Working plan and results of experimentations with evidence at each pilot sites are documented.
2-2. 1 or 2 options of pilot activities are proposed at each site.

Two indicators of Output 2 were achieved by the submission of Form 4 from each pilot site.

Output 3. Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.
3-1. Developed recommendations are shared with more than 43 relevant organizations.

The indicator of Output 3 was achieved as the final report on policy recommendation was shared with 43 implementing organizations at 4th JCC in October 2022.

2-2 Project Purpose and indicators

(Target values and actual values achieved at completion)

Project Purpose: Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for elderly persons.
1. Documents of models and recommendation to expand them are reflected in government's programs

2. More than 80% of attendants to the seminar for sharing models answer that developed models are useful.

1st indicator is expected to be achieved in the future by Thai government: Changing existing programs, or creating and implementing new programs based on the description of Policy Recommendations developed by the project.

As an ongoing example, the project has made suggestions to the IMC Service Plan already in operation by MOPH, based on the description of the Policy Recommendations (e.g., adding disease groups, increasing length of stay, requiring a IMC ward or IMC bed in each hospital, etc.). MOPH would make considerations and changes to the Plan based on these suggestions and roll them out nationwide. MSDHS and NHSO have not yet been any movement like that of the MOPH, but we expect that in the future, Policy Recommendation will be utilized as MOPH has proceeded.

2nd indicator of Project Purpose was achieved 100% as developed models were agreed unanimously during the 4th JCC in October 2022.

3. History of PDM Modification

During the 1st JCC on 8 Jun 2018, the project period was changed from "September 2017 to August 2022" to "November 2017-October 2022" to fit the actual situation. The start of the Project was delayed due to the signing procedure of Record of Discussion (RD). Target value in the indicator of both Project Purpose and Output 1-2 were decided to be 80% as shown in the table below.

Indicator of Project Purpose	2. More than 80% of attendants to the seminar for sharing models answer that developed models are useful.
Indicator of Output 1-2	1-2. 80% of attendants to the seminar for sharing identified issues agreed that those issues are important to improve their activities.

During the 2nd JCC on 29 March 2019, Phuket was officially approved to be a main pilot site.

Target number in the indicator of Output 3-1 was discussed during the 3rd JCC

on 28 December 2020 and it was decided to be 43 organization which is equal to the number of organizations involved in JCC.

Indicator of Output 3-1	3-1. Developed recommendations are shared with more than 43 relevant organizations.

Target number of the indicator of Overall Goal was discussed during the 4th JCC on 26 October 2022 and it was decided to be 13 health regions[7].

Indicator of Overall Goal	1. Government's programs to promote the developed models are implemented in 13 health regions

4. Others

4-1 Results of Environmental and Social Considerations (if applicable)

After February 2020, some of project activities were postponed or conducted online to reduce the risk of COVID-19 infection.

4-2 Results of Considerations on Gender/Peace Building/Poverty Reduction, Disability, Disease infection, Social System, Human Wellbeing, Human Right, and Gender Equality (if applicable)

Not applicable.

III. Results of Joint Review

1. Results of Review based on DAC Evaluation Criteria

1-1. Relevance (Very High)

Thailand is entering into the era of the aged society in 2022. With the increasing number of older persons, strengthening of intermediate care (IMC) at the community has been recognized as an effective approach to avoid older persons to be bed-ridden and, eventually, to reduce the burden of the family as well as communities. The aim of the S-TOP to develop seamless care service model through IMC for older persons is considered highly relevant to the response of Thailand for the coming super-aged society. The experience of

7 Health Region is set by the Ministry of Public Health of Thailand. One health region has 4–8 provinces (which is equivalent of 3-6 million populations) and there are 13 health regions including Bangkok Metropolitan Administration in total. Reference: https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/5179

seamless care service for older persons accumulated in Japan was able to contribute to the development of the seamless care service system in Thailand with the modification through the practice at the pilot project sites according to the characteristics and available resources at each site.

The implementation of the project was in line with the National Strategic Plan for Public Health of the MOPH, including “Aging Society Preparedness Policy: Seamless Home Health Care”, to respond to the rapid move of Thailand from the aging society to the aged society. The policy implementation by the Department of Health, which is a leading body of the policy implementation, currently focuses on 5 main issues, i.e., (1) Development of long-term care plan including promotion of care managers and caregivers; (2) Prevention and Promotion on clinical care, Rehabilitation, Palliative care and long-term care; (3) Development of health care mechanism to support acute care, chronic care, and intermediate care; (4) Improvement of health care service provision for complicated cases and inpatient care, and (5) Establishment of care training centers for advanced service. All these 5 issues are related with the expected achievements of the project. The project is also consistent with the policy measures of the Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS) on the aged society to achieve “Active Ageing: Healthy, Security and Participation” by accomplishing the principle of ‘6 sustainable matters and 4 changes.’

Pilot sites of the S-TOP project were carefully selected with the consideration of regional balance as well as the results of precedent JICA projects, namely CTOP and LTOP, jointly by Thai and Japanese sides. The development of Seamless Care through IMC service system development for older persons became an urgent issue for the pilot sites. Concerned personnel at pilot sites understood the importance of IMC for the coming super-aged society and participated to the project actively.

It is noted that IMC concept and practice is still relatively new in Thailand and there have been newly recognized challenges and needs during the project. The project identified these needs and challenges for IMC from the pilot sites as well as counterparts at the national level and summarized as policy recommendation for further improvement of seamless care in Thailand.

The project was designed logically, with the advantages inherited from precedent projects, to achieve the project purpose to develop community-based

models towards the nationwide expansion for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for older persons. The needs-oriented approach at each pilot site is considered relevant to response to the different characteristics and available resources.

1-2. Coherence (High)

This project is in line with one of the priority areas specified in the Country Assistance Policy for the Kingdom of Thailand (December 2012), which is "sustainable development of the economy and coping with a maturing society" and is listed under the cooperative program-Social Security (aging measures, support for vulnerable people). Furthermore, the project is conducted in accordance with the assistance policy's basic policy (main goal), which is the "promotion of mutual benefit and contribution to regional development based on strategic partnership" and other Japanese government policies such as the Asian Health Initiative. The project is expected to have ripple effects on other developing countries in Asia where the population is aging, making its implementation highly significant.

Other aid donors, including the United Nations Population Fund (UNFPA), together with an international NGO, Help Age International, have carried out a pilot project promoting home-based care in Chiang Mai. In the past, AusAID has provided financial support for the drafting of the 2nd National Plan on the Elderly (in Thai). During the project implementation period, meetings were held to allow for information exchange with the Community Integrated Intermediate Care (CIIC) project in Chiang Mai, funded by WHO and the ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI), which has its office in the Ministry of Public Health. The Embassy of Japan has offered wheelchair-accessible vehicles for the S-TOP project site in Chonburi as part of its Grant Assistance for Grassroots Human Security Projects. JICA has implemented various projects to provide support for older persons in Thailand. This includes private sector collaboration projects, volunteer projects, and grassroots technical cooperation projects that work jointly to achieve a common goal. In cooperation with the Partnership Project for Global Health and Universal Health Coverage (GLO+UHC) Phase 2 based in NHSO, online training and interviews with relevant parties were conducted in order to encourage inter-professional work (IPW). Strengthening of health finance service to the elderly, particularly for intermediate care through

the local government, may be a considered with the support of the GLO+UHC. Materials, lessons learnt as well as network of JICA S-TOP Project could be assets for this movement.

1-3. Effectiveness (High)

Identification of issues on seamless care service provision (Output 1) and activities based on the action plans prepared by each hospital to develop model on seamless care services (Output 2) has been completed. Based on the results of the activities, recommendations for the provision of seamless care services were compiled (Output 3). Achievements of these three Outputs led to the development of the community-based model for the provision of seamless care services for older persons applied by Thai government (Project Purpose). The processes of situation/needs-oriented analysis, experiment, and development of model was suitable to develop applicable model for the Thai community.

The model for seamless care/support to older persons to be developed through the project activities. The developed model is a flow of service from the hospital to community including acute care, intermediate care (IMC) to long-term care (LTC). The developed model required consideration on the practicability for application. To clarify that, the external researcher team recruited by the Project conducted the interviews of service recipients and providers to examine practicability of the model including approaches to strengthen the partnership and cooperation with communities.
As a technical perspective, formative evaluation and case studies regarding initiatives and innovation of the IMC implementation of the S-TOP were also done by external researcher team to encourage national policy implementation on seamless health care provision to older persons.

1-4. Efficiency (High)

The project has been supporting the IMC service provision into practice with available capacity and resources at the pilot sites with the concept of seamless care/support according to the plan in the Form 3. Good practices and lesson-learned for the improvement have been gathered to support the nationwide response to the coming aged society. Personnel of concerned organizations have been committing themselves into the project activities within the

constraints of human and financial resources. Training in Japan was highly praised by the participants in spite of the differences in health care and insurance systems, socio-economic background, and available resources, and other aspects between Thailand and Japan.

Before the outbreak of COVID-19 in Thailand in February 2020, the project activities had been conducted as planned, through there were slight delay in some activities, with policy supports of organizations concerned, cooperation of stakeholders at central and local levels, existing network among stakeholders strengthened during the previous projects, and other factors. However, with the outbreak of COVID-19, the Project urgently had to review and modify the project framework, including time schedule and contents of activities. The outbreak of COVID-19 affected to not only the Project but the Project counterparts and relating medical institutes because they need to mobilize human and financial resources of the communities.

Even before the COVID-19 situation, coordination and monitoring of the activities at the pilot sites have been a challenge for the project. With many pilot sites and organizations involved, systematic coordination between the project office, the Project counterpart organizations at the national level, and pilot sites were considered as a key factor for the effective and efficient implementation of project activities as well as for the sharing of necessary information. The outbreak of COVID-19 made it more difficult to visit the Project site directly. Furthermore, it became important to have common and clear understandings on the communication/coordination lines among the organizations concerned. For instance, more involvement of the local administrations, particularly Provincial Public Health Office, through the strengthening of coordination/ monitoring framework at the provincial level was needed. However, it turned out this modification also contributed to sustainable and smooth implementation of the Project in the long run.

The monitoring form (Form 4) is an effective tool to track the activities and progress at each network hospital in line with the action plan in the Form 3 (Activity plans for establishing a seamless care system developed at each site at the beginning of the project). However, it was not suitable for comparing the results of each site across the provinces or even national level since there were not linked to common indicators or specific figures. Therefore, it was required for the project to collect additional information such as number of IMC patients

in Inpatient Department (IPD), Outpatient Department (OPD), and Home Health Care (HHC), ADL result, and QOL result through the external researcher team of an academic institute.

1-5. Impact (High)

During the project operation, S-TOP provided opportunities to discuss important issues related to the Seamless Care for older persons from the decades of experience in Japan. It includes the LOS at the rehabilitation institution[8], the roles and responsibilities of local governments in the service provision[9], collaboration with private or non-government sector, and introduction of co-payment system for long-term care. During the project period of 5 years, the counterpart organizations continuously developed and revised their policies or plans in the above-mentioned topics and S-TOP provided the necessary information or platform of discussion with the proper timing.

Nation-wide utilization of the model for the provision of seamless care services for older persons developed by the project (Overall Goal) is expected with the continuous efforts of concerned government agencies, i.e., MOPH, MSDHS and NHSO, through development and implementation of related policies. Experience at the pilot site for developing models as well as formative evaluation through the external research are expected to promote the nationwide expansion of the model.

Towards the project activities, the project discussed degree of the nation-wide application of the models including number of sites which is an indicator of the Overall Goal of the project with counterpart organizations.

The achievement of the overall goal will be largely affected by the government policy and availability of resources at medical institutes in the communities.

The project activities enhanced the management capacity of the medical institutes at pilot sites through the improvement of data management system, cost analysis, and other aspects, which are expected leading to the provision of better services for all groups of patients. There are no negative impacts of the project identified through the project implementation period.

[8] The longer LOS at the hospital is planned to be proposed at the National Sub-committee of IMC Service Plan in 2023-2024.

[9] MOPH delegated 3,264 Tambon Health Promotion Hospital (THPH) in 49 provinces to the Provincial Administrative Office on 1 October 2022.

1-6. Sustainability (High)

With the approach of the project to develop community-based model for seamless care services according to the local characteristics and needs of concerned organizations, the outcomes of the project at each pilot site are expected to be utilized, or further developed, with the policy support of the related central and local administrations. Although there are concerns on the availability of financial and human resources at the medical institute in the field level, it is expected that the availability of financial and human resources will be increased with the intensification on response to the aged society. At the time of project completion, awareness and participation of the personnel at the local medical institutes on the seamless care service for older persons is high. However, there is also a concern on the lower retention rate of the medical personnel due to transfer of government employees. With the better employment status for personnel at medical institutes, continuous commitment of the involved staff on the seamless care service for older persons is expected.

From the experience of S-TOP, it is understood that the participation of the community is one of key elements of the seamless care for older persons. Therefore, it is considered important to pay more attention to involve local communities in cooperation with Provincial Public Heath Office, Provincial Social Welfare and Human Security Office, and local administrations even after the project completion to enhance the sustainability of the project outcomes.

It is believed that the government of Thailand maintains the priority on the seamless care for older persons with the allocation of financial and human resources, any occurrences of urgent and critical health related agenda, such as COVID-19 pandemic, may affect the sustainability of the project effects negatively.

2. Key Factors Affecting Implementation and Outcomes

2-1. Implementation Structure

It would be highlighted that Working Team which were consisted of the directors and practitioners of implementing organizations of S-TOP contributed to accelerate the Project activities. Working Team Meetings were regularly held to

make decisions to proceed the project activities. Discussion on progress of the pilot site activities, sharing beneficial information and monitoring of operation progress were done during the Working Team Meetings. Members of Working Team Meeting supported the process of developing policy recommendation by gathering the necessary information from the pilot sites.

2-2. Key Persons and Advisors

The project encouraged to invite PM&R (Physical Medicine & Rehabilitation) doctors from acute hospitals in the main pilot sites to Japan Trainings which were conducted during the first latter half of the project period. The purpose is for the capacity building of the leaders in implementation of medical and social seamless care service provision for older persons in each site. There are some sites which are not initiated by the medical doctors at the acute hospital. But inviting/training of PM&R doctors in each pilot sites contributed to build the network among the 8 pilot sites and sharing the knowledge to develop a model for the seamless care service for older persons.

2-3. Sub-Committees on IMC

The project worked closely with a secretariat of the national sub-committee on IMC Service Plan so that the S-TOP's model on the seamless care service can be adopted in the national policy and implemented nationwide. Many members of the national sub-committee on IMC came from the project sites of S-TOP and also worked as a member of IMC committee at the provincial level. Apart from the national/provincial committee on IMC under MOPH, JICA S-TOP built a S-TOP committee at the provincial level so that cross-sectoral stake holders such as MOPH, MSDHS, Ministry of Interior (MOI), Ministry of Education (MOE), Ministry of Labor (MOL) and private sectors can work together for the implementation of seamless care for older persons. This S-TOP committee contributed to the effective implementation of the project and development of IMC and Seamless Care System at each site by working closely with the provincial level of IMC committee.

2-4. Japanese Resources

Training in Japan and In-country Training by Japanese experts (both short-term and long-term) helped Thai counterparts to understand the implementation of

seamless care services for older persons in Japan. The topics include early rehabilitation of IMC, clinical practice guideline, evaluation of ADL and QOL, and team approach. They could also learn Japanese health system in terms of health insurance, long term care insurance and variety of service delivery systems. Participants were inspired by leaning from Japan and it helps to develop the JICA S-TOP model which is slightly different/unique from the other places implementing the national service plan on IMC. The health system or available resources are different between Thailand and Japan. Therefore, it is difficult to transfer any system or practices from Japan to Thailand without any modification. For example, concepts of ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) or IPW (inter-professional work) were encouraged to implement at the sites during the S-TOP. The project sites improved their experiment of ICF and IPW by taking advantages of their own resources such as family care givers and volunteers. As regards other system and services in Japan such as LOS at community hospital for IMC or co-payment for LTC, Thailand needs further discussion and trials to make their own policies.

2-5. Operational Guideline “National Service Plan of Intermediate Care”
MOPH adopted National Service Plan of Intermediate Care, which is an operational guideline utilizing by each province, in August 2017. The main sites of S-TOP also refer this the National Service Plan to conduct their daily operations with adopting some essences learnt from the Project, including Japan Training or In-country Training by Japanese short-term experts. It was found there was a fruitful synergy effect between the policy of Thai Government and the input by the Project.

3. Evaluation on the results of the Project Risk Management

The project activities were severely affected by the spread of COVID-19 from February 2020. Site monitoring by the JICA expert team were not implemented during the period of January 2020 - September 2021 for one year and nine months, except Nonthaburi site visit in September 2020, Phuket in March 2021.
Some of IMC beds or wards in the project site were used for COVID-19 patients and trainings for rehabilitation personnel or health volunteers to strengthen the capacity for seamless care for older persons were postponed. It was difficult to predict the spread of COVID-19 and to plan project activities under these

situations.

However, the project implemented several activities under these circumstances. Three online training were implemented by inviting Japanese lecturers online. Provision of medical equipment (equivalent to 3,677,030THB) for rehabilitation and home visiting to help site activities under COVID-19 situation was done as an emergency support. Some sites implemented tele-rehabilitation using available resources and followed up patients who were unable to come to hospital due to the COVID-19 pandemic.

4. Lessons Learnt

4.1. Human Resource Development

The project had advantages inherited from precedent projects. Implementing structure was supported by knowledge and human resources such as Health Volunteers and Care Givers trained at the time of CTOP and LTOP. For the implementation of S-TOP, they worked with medical professionals to provide IMC service at the community level. Implementing organizations of S-TOP at the national level as well as the provincial level had enough motivation and capacity to operate the project. The development of health service system should be in line with the training of human recourses which will take some period. S-TOP was able to build a model for seamless care with the virtue of the heritage from the past projects.

4.2. National Service Plan on IMC

Thailand established a nationwide service plan of IMC before the Project started in November 2017. NHSO supported the budget to implement the National Service Plan on IMC in some area for rehabilitation service and top up payment[10]. It was effective and efficient to operate the project activities as defined in the National Service Plan on IMC. Project activities especially for the Japan Training and In-Country Training with Japanese experts contributed to give different ideas how to cope with difficulties and challenges occurs during the implementation of the existing service plan on IMC by learning the

[10] (National) Sub-committee on IMC Service Plan was assigned to work for new payment method (information as of August 2022)

experience of Japan. Practical supporters of the Project[11] gave inputs on how to use the lesson-learned from Japan in the context of Thai society. Some specific topics that learned from Japan experience were able to implement the pilot sites of S-TOP to fill the gap of IMC service plan.

4.3. Community-based activities with COVID-19

Due to the pandemic of COVID-19 started in February 2020, the Project had to change the modality of project activities to the online/home basis. Currently, due to the spread of COVID-19 in the past two and a half years, older persons became more difficult to go to health facilities to receive the service than before. The Project focused on strengthening the capacity of community hospitals to provide IMC service at their facilities, however, the impact of the COVID-19 outbreaks also allowed for tele-rehabilitation and strengthening the availability of IMC in the community (at home). The PDM of S-TOP did not specify modality (place or personnel) to provide the Seamless Care service, allowing the system to be designed to fit the local situation in Thailand. The flexibility of project design as well as the government policy of counterpart organizations emphasizing community or home-based helped developing alternative activities which led the project to success.

4.4. Development of model and its implementation

The key success of CTOP, LTOP and S-TOP are considered to have been the use of Japanese experience, the transfer of necessary knowledge/skills and the incorporation of these into the development of unique system adapted to the Thai context, in order to address the aging issues. For example, in the implementation of IMC in Thailand, the Japanese IMC which is mostly IPD based was used as a reference, however the Thai system of IMC was developed with utilization of the volunteer culture and community involvement, even they refer Japanese system, which shows quite different characteristics from the Japanese system. The experience in Thailand like this will add another perspective to the IPD based IMC system in Japan and will also provide important suggestions for future system development in Japan, which is now facing a super-aged society. Thai experience can also be great support to neighboring countries that will soon have ageing societies.

[11] The Project had Saraburi Hospital, Saraburi Province as a Practical Supporter of S-TOP.

4.5. Data collection for EBM

The Form 4 contains important information that was very useful in examining the model and it was very effective tools for site monitoring in this project, which has many pilot sites. However, in view of the importance of EBM (Evidence-based Medicine) in policy-making in the health sector, the project was required to collect information and data to measure the results of project activities, but it was not able to collect sufficient information as the form 4 did not always require the inclusion of data and information of the results of their activities and there was no uniformity in the data and information to be included. This issue was a major obstacle for development of the policy recommendations. Therefore, it was important to set indicators for evaluating the results of the activities from the beginning of the project and include such data collection in the Form 4 to see how well the indicators were achieved, so that both the development of the model and its results could be monitored throughout project period. Although it is not so easy to set such indicators at the beginning of a project, this should be considered well in advance when designing similar projects in the future as collecting data and information retrospectively is not simple in many countries.

IV. For the Achievement of Overall Goals after the Project Completion

1. Prospects to achieve Overall Goal

The Overall Goal of the S-TOP project is "Developed models in the Project are utilized nationwide". Project evaluations by joint team of JICA and Thai government are usually conducted three to five years (2025-2027) after project completion to see the overall goal is achieved or not.

At the end of the project, Overall Goal is expected to be achieved in three to five years as the Policy Recommendation drafted by the Project was accepted among the relevant organizations and they have committed to implement as described in the Policy Recommendation of S-TOP.

2. Plan of Operation and Implementation Structure of the Thai side to achieve Overall Goal

The project proposed the establishment of an agency to implement policy proposals in Policy Recommendation. The project also suggested the

establishment of an integrated committee at the central level and the local level to the IMC Service Plan.

Specific implementation structures will be discussed and installed in Thai side, with the aim of achieving the overall goal.

3. Recommendations for the Thai side

Recommendations for the Thai side were compiled in the policy recommendations (Volume 3).

The Policy recommendations were developed by using the WHO framework for health systems, so called 6 building blocks (Service Delivery, Health Workforce, Health Information System, Medicine and Medical Product and Technology, Financing, and Leadership and governance), with the addition of People Participation, as a key element in the health system of Thailand.

The contents of the recommendations have been agreed by DT and RT members and endorsed by the JCC. It was then submitted to the Permanent Secretary office, where coordination between the parties involved takes place for concrete implementation.

4. Monitoring Plan from the end of the Project to Ex-post Evaluation
(If the Project will be continuously monitored by JICA after the completion of the Project, mention the plan of post-monitoring here.)

During the Japan training in August 2022, the draft policy recommendations were reviewed, and action plans were discussed for the realization of the policy recommendations. Many opinions and ideas were shared among the participants who have variety of background. It is expected that the implementation of these action plans will continue to be discussed and modified according to the situation in Thailand, and will be realized under the leadership of respective ministries.

Progress and efforts by each ministry to realize Policy Recommendation will be

followed up with Key Performance Index (KPI). In the follow-up, the effectiveness and efficiency of the measures will be verified based on evidence, and if necessary, the ministries will review implementation of the measures based on the results of these verifications.

ANNEX 1: Results of the Project

(List of Dispatched Experts, List of Counterparts, List of Trainings, etc.)

1-1. List of Counterparts
1-2. List of DT/RT (Ministerial Order)
1-3. List of Trainings
1-4. Curriculum of Trainings (Program or time schedule)
1-5. List of Participants of Trainings

ANNEX 2: List of Products (Report, Manuals, Handbooks, etc.) Produced by the Project

2-1. Format of Monitoring Sheet: Form 1
2-2. Format of Monitoring Sheet: Form 2
2-3. Format of Monitoring Sheet: Form 3
2-4. Format of Monitoring Sheet: Form 4

ANNEX 3: PDM (All versions of PDM)

3-1. PDM Version 0
3-2. PDM Version 1
3-3. PDM Version 2
3-4. PDM Version 3
3-5. PDM Version 4

ANNEX 4: R/D, M/M, Minutes of JCC (copy) (*)

4-1. R/D and M/M
4-2. Minutes of 1st JCC
4-3. Minutes of 2nd JCC
4-4. Minutes of 3rd JCC
4-5. Minutes of 4th JCC

ANNEX 5: Monitoring Sheet (copy) (*)

(Remarks: ANNEX 4 and 5 are internal reference only.)

5-1. 1st Monitoring Sheet
5-2. 2nd Monitoring Sheet
5-3. 3rd Monitoring Sheet
5-4. 4th Monitoring Sheet
5-5. 5th Monitoring Sheet
5-6. 6th Monitoring Sheet
5-7. 7th Monitoring Sheet
5-8. 8th Monitoring Sheet
5-9. 9th Monitoring Sheet

Separate Volume: Copy of Products Produced by the Project

Volume 1. Mid-term Review Report (English, Thai)
Volume 2. Research on the Seamless Provision of IMC Services in pilot sites of S-TOP (English)
Volume 3. Final Report on Policy Recommendation (English, Thai)

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Project Director	Dr./Mr. Jedsada CHOKDAMRONGSUK	08-Nov-17	30-Sep-18	Permanent Secretary	Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Chairperson of JCC
		Retired				
	Dr./Mr. Sukhum KARNCHANAPIMAI	01-Oct-18	30-Sep-20	Permanent Secretary	Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Chairperson of JCC
		Retired				
	Dr./Mr. Kiattiphum WONGRAJIT	01-Oct-20	30-Sep-22	Permanent Secretary	Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Chairperson of JCC
		Retired				
Project Manager	Dr./Mr. Marut JIRASRATTASIRI	08-Nov-17	30-Sep-18	Deputy Permanent Secretary	Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Secretary and Member of JCC
	Dr./Mr. Prapon TANGSRIKERTIKUL	01-Oct-18	30-Sep-19	Deputy Permanent Secretary	DPS on Medical Development Cluster, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Secretary and Member of JCC
		Retired				
	Dr./Mr. Yongyot THAMAWUT	01-Oct-19		Deputy Permanent Secretary	DPS on Medical Development Cluster, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Secretary and Member of JCC
	Dr./Mr. Thongchai KEERATIHATTAYAKORN	01-Oct-20	Up to now	Deputy Permanent Secretary	DPS on Medical Development Cluster, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Secretary and Member of JCC
Supporing Project Manager	Dr./Mr. Theeraphong TUNAKH	02-Nov-17	30-Sep-20	Director	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Secretary of SC Committee, Member of JCC, Chairperson of Working Team
	Dr./Mr. Sinchai TANTIRATTANANON	12-Oct-20	02-Apr-21	Director	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Secretary of SC Committee, Member of JCC, Chairperson of Working Team
	Dr./Mr. Kornkrit LIMSOMMUT	02-Apr-21	Up to now	Director	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Secretary of SC Committee, Member of JCC, Chairperson of Working Team
	Dr./Mr. Pornphet PANJAPIYAKUL	08-Nov-17	30-Sep-18	Deputy Director	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Sub-Chairperson of Working Team
		Retired				
Supporing Project Manager	Dr./Mr. Watchai CHARUNWATTHANA	08-Nov-17	30-Sep-18	Deputy Director	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Managing whole project, Sub-Chairperson of Working Team

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Secretary of MOPH	Ms. Patchara SATEANPUCTRA	08-Nov-17	30-Sep-21	Deputy Director/Professional Public Health Technical Officer, Senior Professional Level	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Coordinating whole project activities, Coordinator for Khon Kaen Site, Coordinater of Working Team, Assistant to Secretary and Member of JCC
		Retired				
	Ms. Voranadda Srisuphan	1-Oct-21	Up to now	Deputy Director	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Coordinating whole project activities, Coordinator for Khon Kaen Site, Coordinater of Working Team, Assistant to Secretary and Member of JCC
	Ms. Wiranee Naksuk	1-Oct-21	Up to now	Public Health Technical Officer, Senior Professional Level	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Coordinating whole project activities, Coordinator for Khon Kaen Site, Coordinater of Working Team, Assistant to Secretary and Member of JCC
Assistant for Secretary of MOPH	Ms. Meena CHOOJAI	01-Oct-18	30-Sep-19	Public Health Technical Officer, Professional Level	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH sand Working Team, In charge of Khon Kaen
Secretary of MOPH		01-Oct-19	Up to now			Coordinating whole project activities, Coordinator for Khon Kaen Site, Coordinater of Working Team, Assistant to Secretary and Member of JCC
Secretary of Palliative and IMC Service Plan Committee	Dr./Mr. Prasitchai MANGJIT	08-Nov-17	Up to now	Director	Kaeng Khoi Community (District) Hospital, Saraburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Facilitator of Intermediate Care
				Secretary	Palliative and Intermediate Care Committee, Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Editorial Member for making Guideline on Intermediate Care For Medical Personnel
Member of IMC Service Plan Committee	Dr./Mr. Suppasil JAMPANAK	08-Nov-17	Up to now	Medical Doctor, Expert Level, (**PM&R Doctor**)	Saraburi (Regional/Provincial) Hospital, Saraburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service Plan Committee of MOPH
	Ms. Ausanee BUTLAM	08-Nov-17	30-Sep-18	Public Health Technical Officer	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH sand Working Team
		01-Oct-18	Up to now		Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Areerat KHAMDONHUN	08-Nov-17	30-Sep-18	Public Health Technical Officer	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH sand Working Team
		01-Oct-18	Up to now		Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Assistant for Secretary of MOPH	Ms. Oravee KAMONNAWIN	01-Oct-18	31-Mar-19	Public Health Technical Officer	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH sand Working Team, In charge of Nakhon Ratchasima
		01-Apr-19	Up to now		Asian Center for Active Aging and Inovation,	
	Ms. Thidarat ANURAT	01-Apr-19	Up to now	Public Health Technical Officer, Professional Level	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH sand Working Team
	Ms. Hathaithip INCHANA	08-Nov-17	Up to now	Public Health Technical Officer	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH and Working Team
	Ms. Suprawee SORNTHONG	08-Nov-17	Up to now	Public Health Technical Officer	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH and Working Team
	Ms. Patcharaporn BUNJOI	08-Nov-17	Up to now	Public Health Technical Officer	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH and Working Team
	Ms. Waralee SATEANPUCTRA	08-Nov-17	Up to now	Technical Officer	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH and Working Team
	Mr. Punyapha SRISUNGNERN	N/A	Up to now	Plan & Policy Analyst	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH and Working Team
	Ms. Sathita KAMCHOM	N/A	Up to now	Plan & Policy Analyst	Health Administration Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Assisting Secretary of MOPH and Working Team
	Dr./Mr. Somsak AKKSILP	08-Nov-17	Up to now	Director General	Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Pannet PANGPUTHIPONGSE	08-Nov-17	Up to now	Deputy Director General	Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of Working Team
	Dr. Somphob SANGKITTIPAIBOON	08-Nov-17	Up to now	Advisor	Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of Working Team
	Dr./Mr. Prapun PHONGKHANITTANON	08-Nov-17	30-Sep-18	Director	Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of JCC, Member of Working Team, Chief Coordinator for Bangkok and Chonburi Site, Co-Coodinator for Khun Than Hospital
		Retired				

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Sakarn BUNNAG	01-Oct-18	28-Sep-21	Acting Director/Director, Medical Doctor Expert Level in Internal Medicine	Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of JCC, Member of Working Team, Chief Coordinator for Bangkok, and Chonburi Site, and Khun Tan Hospital
	Dr. Akkarathan Jittanuyanon	28-Sep-21	Up to now	Director	Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of JCC, Member of Working Team, Chief Coordinator for Bangkok, and Chonburi Site, and Khun Tan Hospital
	Dr./Mr. Thongtana PERMBOTTASRI	08-Nov-17	Up to now	Assistant Director	Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	
	Dr./Ms. Nitikul THONGNUAM	08-Nov-17	Up to now	Deputy Director (Incharge of Academic Development), Public Health Technical Officer, Senior Professional Level	Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of Working Team, Assistant to Secretary and Member of JCC, Coordinator for Bangkok Site and Mettapracharak Hospital
	Ms. Krisana TRIYAMANIRAT	08-Nov-17	Up to now	Unit Chief, Public Health Technical Officer, Professional Level	Unit of Knowledge Transferring and Technology, Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of Working Team, Coordinator for Chonburi Site and Khun Tan Hospital
	Dr./Ms. Luleeya O-CHAROT	08-Nov-17	Up to now	Technical Officer, Professional Level	Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of Working Team
Counterpart	Ms. Somjin CHOMWATTANACHAI	08-Nov-17	Up to now		Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	
	Ms. Orawan KUHA	08-Nov-17	Up to now	Public Health Technical Officer, Senior Professional Level	Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	
	Ms. Phangangam PONGJATURAVIT	08-Nov-17	Up to now	Professional Social Worker	Unit of Knowledge Transferring and Technology, Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	
	Ms. Somrudee NIAMHOM	08-Nov-17	Up to now		Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	
	Ms. Panita MUNGKLANG	08-Nov-17	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Unit of Knowledge Transferring and Technology, Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Assistant Coordinator for Bangkok Site and Mettapracharak Hospital
	Ms. Nidsara PANSILA	08-Nov-17	Up to now	Public Health Technical Officer, Practitioner Level	Unit of Knowledge Transferring and Technology, Supreme Patriarch Nyanasamvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	
	Dr./Ms. Bootsakorn LOHAJUN	08-Nov-17	30-Sep-21	Deputy Director, Medical Doctor, **PM&R Doctor (Expert Level)**	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Wichani THONTHONG	08-Nov-17	Up to now	Medical Physician, Senior Professional Level	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of Working Team
	Dr./Ms. Daungjit Smithnaraseth	N/A	Up to now	Deputy Director on Policy and Health System Development/Medical Physician, Professional Level	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, Department of Medical Service, Ministry of Public Health	Member of Working Team/Member of Drafting Team
	Dr./Mr. Wachira PENGJUNTR	08-Nov-17	30-Sep-18	Director General	Department of Health, Ministry of Public Health	Member of JCC
		Retired				
	Dr./Ms. Phanphimol WIPULAKARN	01-Oct-18	30-Sep-20	Director General	Department of Health, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Suwanchai WATTANAYINGCHAROENCHAI	01-Oct-20	Up to now	Director General	Department of Health, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Kitti LARPSOMBATSIRI	08-Nov-17	30-Sep-21	Director, Medical Doctor Expert Level in Public Health	Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health	Member of JCC, Member of Working Team, Chief Coordinator for Nonthaburi and Chiang Mai Site, Co-Coordinator for Khun Tan Hospital
	Dr. Nithirat BOONTANON	01-Oct-21	Up to now	Director of Bureau of Elderly Health/Medical Doctor, Senior Professional Level	Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health	Member of JCC, Member of Working Team, Chief Coordinator for Nonthaburi and Chiang Mai Site, Co-Coordinator for Khun Tan Hospital
	Ms. Vimol BANPOUN	08-Nov-17	N/A	Deputy Director	Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health	Coordinator for Nonthaburi and Chiang Mai Site and Co-Coordinator for Khun Tan Hospital
		01-Oct-18	N/A	Chief	Start-up Team, Department of Health, Ministry of Public Health	
	Ms. Rachanee BOONRUEANGSRI	08-Nov-17	Up to now	Social Worker, Senior Professional Level	Consumer Protection and International Cooperation Group, Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health	Assistant Coordinator for Nonthaburi and Chiang Mai Site
	Mr. Somkid SURIYAWAN	01-Mar-21	31-Dec-21	Registered Nurse, Practitioner Level	Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health	Assistant Coordinator for Nonthaburi and Chiang Mai Site
	Ms. Thanichat KHIAOKASEM	01-Jan-22	Up to now	Public Health Technical Officer, Practitioner Level	Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health	Assistant Coordinator for Nonthaburi and Chiang Mai Site
	Ms. Primsuda UPRARAT	08-Nov-17	Up to now	Public Health Technical Officer	Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health	Representative for Working Team

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Ms. Tanaphorn CHAEMCHAENG	08-Nov-17	Up to now	Public Health Technical Officer	Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health	Member of Working Team, Coordinator of Bureau of Elderly Health
	Ms. Petchara CHAVANAPUNTH	08-Nov-17	Up to now	Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Elderly Health Promotion Specialist	Health Promotion Center Region 4 Saraburi, Department of Health, Ministry of Public Health	Responsible for implementing LTC System and providing Training Courses for CMs and CGs in community, Evaluating and improving LTC System in the Region
	Dr./Mr. Boonruang TRAINUANGWORAWAT	07-Nov-17	30-Sep-18	Director General	Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Member of JCC
		Retired				
	Dr./Mr. Kiatibhum VONGRAJIT	01-Oct-18	30-Sep-20	Director General	Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Ms. Phanphimol WIPULAKARN	01-Oct-20	30-Sep-21	Director General	Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Ms. Amporn BENJAPONPITAK	01-Oct-21	Up to now	Director General	Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Ms. Suda WONGSAWARD	01-Oct-18	N/A	Director	Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	
	Ms. Nuntawadee WORAWASUWAT	20-Oct-20	Up to now	Director	Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	
	Ms. Patcharin BUNKAMCHU	01-Oct-18	Up to now	Public Health Technical Officer	Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	
	Ms. Khajitrat CHUNPRASERT	08-Nov-17	N/A	Social Worker, Professional Level	Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Coordinator for Surat Thani and Phuket Site
	Mr.Kritapat THAIWONGS	N/A	Up to now	Clinical Psychologist	Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Coordinator for Surat Thani and Phuket Site
	Ms. Irada MAREEAUMMAN	01-Oct-18	Up to now	Public Health Technical Officer, Professional Level	Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Assistant Coordinator for Surat Thani and Phuket Site

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Nuntawadee Worawasuwat	01-Oct-18	19-Oct-20	Director	Mental Health Center 7 Surat Thani, Department of Mental Health, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Sukhum KARNCHANAPIMAI	08-Nov-17	30-Sep-18	Director General	Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health	Member of JCC
		Retired				
	Dr./Mr. Opas KARNKAWINPONG	01-Oct-18	N/A	Director General	Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Supakit SIRILAK	01-Oct-20	Up to now	Director General	Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Suwanchai WATTANAYINGCHAROENCHAI	08-Nov-17	30-Sep-20	Director General	Department of Disease Control, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Opas KARNKAWINPONG	01-Oct-20	Up to now	Director General	Department of Disease Control, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Ms. Pranom COMETIENG	08-Nov-17	30-Sep-18	Director General	Department of Health Service Support, Ministry of Public Health	Member of JCC
		Retired				
	Dr./Mr. Nattawat PRASERTSIRIRPONSE	01-Oct-18	30-Sep-19	Director General	Department of Health Service Support, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Tares KRASSANAIRAWIWONG	01-Oct-19	Up to now	Director General	Department of Health Service Support, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr. Akrapon KURUSARTTRA	01-Oct-18	Up to now	Assistant Director General	Department of Health Service Support, Ministry of Public Health	
Counterpart	Dr./Mr. Kiatibhum VONGRAJIT	08-Nov-17	30-Sep-18	Director General	Department of Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Marut JIRASRATTASIRI	01-Oct-18	30-Sep-20	Director General	Department of Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Ms. Amporn BENJAPONPITAK	01-Oct-20	30-Sep-21	Director General	Department of Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health	Member of JCC
	Dr./Mr. Yongyot THAMAWUT	01-Oct-21	Up to now	Director General	Department of Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health	Member of JCC

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Project Co-Director	Mr. Puttipat LERTCHAOWASIT	08-Nov-17	31-Mar-18	Permanent Secretary	Office of Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security	Managing whole project, Co-Chairperson of JCC
	Dr./Mr. Porametee VIMOLSIRI	10-Apr-18	30-Sep-20	Permanent Secretary	Office of Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security	Managing whole project, Co-Chairperson of JCC
	Mrs. Patcharee ARAYAKUL	01-Oct-20	Up to now	Permanent Secretary	Office of Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security	Managing whole project, Co-Chairperson of JCC
Project Co-Manager	Ms. Thanaporn PROMSUWAN	08-Nov-17	30-Sep-18	Director General	Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Managing whole project, Member of JCC
	Ms. Praiwan PONLAWAN	01-Oct-18	30-Sep-19	Director General	Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Managing whole project, Member of JCC
		Retired				
	Ms. Sujitra PITAYANORASET	01-Oct-19	Up to now	Director General	Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Managing whole project, Member of JCC
Supporting Project Co-Manager	Ms. Bootsarin KERDMANEE	08-Nov-17	30-Sep-18	Director	Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Supporting Project Co-Manager for Managing whole project, Secretary and Co-Member of JCC
	Ms. Arpha Rattanapitak	N/A	Up to now	Director	Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Supporting Project Co-Manager for Managing whole project, Secretary and Co-Member of JCC
	Ms. Tatiya KAISORNSRI	01-Oct-18	Up to now	Chief	Elderly Right Protection and Support Section, Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Supporting Project Co-Manager for Managing whole project, Secretary and Co-Member of JCC
	Ms. Kanokwan LUANGMONGKOLLERT	01-Oct-18	Up to now	Chief	Social Protection and Monitoring Section, Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Coordinating whole project activities, Assisting to manage whole project, Member of Working Team
	Ms. Phetpawee BANCHAPATANASAKDA	08-Nov-17	30-Sep-18	Social Worker, Professional Level	Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Coordinating whole project activities, Assisting to manage whole project, Member of Working Team
		01-Oct-18	02-Dec-18	Social Worker, Professional Level	Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Coordinator of MSDHS	Ms. Srisajja NEUMSUWAN	08-Nov-17	30-Sep-18	Social Development Worker, Practitioner Level	Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Coordinating whole project activities, Assisting to manage whole project, Member of Working Team
		01-Oct-18	Up to now	Social Development Worker, Professional Level	Division of Strategy and Plan, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	
	Ms. Piyanuch NAKKAEW	01-Oct-18	N/A		Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Coordinating whole project activities, Assisting to manage whole project, Member of Working Team
	Ms. Witchanee DOKBUA	N/A	Up to now	Social Development Worker	Division of Older Persons Welfare Promotion and Rights Protection, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	Coordinating whole project activities, Assisting to manage whole project, Member of Working Team
Counterpart	Ms. Siriporn GUDEERAT	08-Nov-17	Up to now	Social Worker, Professional Level	Sub-Division of International Cooperation, Division of Strategy and Plan, Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Project Co-Director	Dr./Mr. Sakchai KANJANAWATANA	08-Nov-18	N/A	Secretary General	National Health Security Office	Managing whole project, Co-Chairperson of JCC
	Dr./Mr. Jadej THAMMATACHAREE	N/A	Up to now	Secretary General	National Health Security Office	Managing whole project, Co-Chairperson of JCC
Project Co-Manager	Dr./Mr. Chuchai SORNCHUMNI	08-Nov-18	30-Sep-18	Deputy Secretary General	National Health Security Office	Managing whole project, Secretary and Co-Member of JCC
		Retired				
	Dr./Mr. Jakkrit NGOWSIRI	08-Nov-18	30-Sep-18	Assistant Secretary General	National Health Security Office	Assist Project Co-Director and Co-Manager
		01-Oct-18	Up to now	Deputy Secretary General	National Health Security Office	Managing whole project, Secretary and Co-Member of JCC
Counterpart	Dr./Mr. Rattaphon TRIAMWICHANON	01-Oct-18	Up to now	Assistant Secretary General	National Health Security Office	Assist Project Co-Director and Co-Manager, Member of Working Team (Policy)
	Dr./Mr. Peeramon NINGSANOND	08-Nov-18	Up to now	Director	Bureau of Secretary General, National Health Security Office	
	Dr./Mr. Grit LEETHONGIN	08-Nov-18	Up to now	Senior Advisor	National Health Security Office	
	Dr./Ms. Kajeerat PRUG-AGO	08-Nov-18	30-Jun-19	Senior Expert	National Health Security Office	Design Benefits and Payment of Rehabilitation Service by UC Scheme
		Resigned				
	Dr Apichart Rodsom	N/A	Up to now	Deputy Secretary-General	National Health Security Office (NHSO)	
	Dr./Ms. Tasanee AIKVANICH	08-Nov-18	30-Sep-18	Expert	National Health Security Office	Managing whole project, Member of Working Team
		Retired				

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Mr. Werachai KONMANEE	01-Oct-18	30-Sep-19	Acting Director	Bureau of Community Health Management, National Health Security Office	Managing whole project, Member of Working Team
		01-Oct-19	Up to now	Director		
	Mr. Chaiwat DOLAYAWATTANA	01-Oct-19	Up to now	Acting Director	Bureau of Community Health Management, National Health Security Office	
	Ms. Chulaploy TANTEMROJANA	08-Nov-18	Up to now	Project Manager	Rehabilitation Fund Project, Bureau of Community Health Management, National Health Security Office	
	Dr./Ms. Lalitaya KONGKAM	01-Oct-19	Up to now	Director	National Health Security Office Region 9 Nakhon Ratchasima, National Health Security Office	
	Mr. Dusit SRIKOTE	01-Oct-18	Up to now	Assistant Director	National Health Security Office Region 7 Khon Kaen, National Health Security Office	
	Ms. Phanit MANOKARN	N/A	Up to now	Deputy Director	National Health Security Office Region 4 Saraburi Province, National Health Security Office	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Capt./M. Phuteewan CHOKKERD	20-Jul-18	30-Sep-18	Chief Medical Officer	Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Jatuchai MANEERAT	01-Oct-18	Up to now	Chief Medical Officer	Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Waranyu JAMNONGPRASARTPORN	20-Jul-18	Up to now	Deputy Chief Medical Officer	Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Chanhom SINSUKSET	20-Jul-18	Up to now	Chief	Health Promotion Division, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Pattarin NAKSURIYA	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer, Professional Level	Health Promotion Division, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Khanitar KARWONG	20-Jul-18	30-Sep-18	Registered Nurse, Professional Level	Health Promotion Division, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Juntima KHUNBAMRUNG	01-Oct-18	//2021	Registered Nurse, Professional Level	Health Promotion Division, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province, Secretary for the Committee of Continuous Care Cluster
	Mrs. Thanyaphat CHAISURIYAKUL	//2021	Up to now	Public Health Technical Officer, Professional Level	Health Promotion Division, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province, Secretary for the Committee of Continuous Care Cluster
Counterpart	Dr./Mr. Prasert KITSUWANNARAT	20-Jul-18	N/A	Director	Health Office Region 1 Chiang Mai, Department of Health, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Tossathep BOONTONG	N/A	Up to now	Director	Health Office Region 1 Chiang Mai, Department of Health, Ministry of Public Health	
	Dr./Ms. Nongnuch PATARAANUNTANOP	20-Jul-18	Up to now	Director	Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai, Department of Health, Ministry of Public Health	Site Coordinator
	Dr./Mr. Thongchai LERTWILAIRATANAPONG	20-Jul-18	N/A	Inspector	Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai, Department of Health, Ministry of Public Health	
	Ms. Umaporn NIMTRAKUL	20-Jul-18	Up to now		Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai, Department of Health, Ministry of Public Health	Assisting Site Coordinator
	Ms. Ratchaneewan PANATHUP	20-Jul-18	Up to now	Assistant Director	National Health Security Office Region 1 Chiang Mai, National Health Security Office	
	Dr./Mr. Thamrong HANWONGSA	20-Jul-18	30-Sep-18	Director	Nakhorn Ping (Provincial/Regional) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Dr./Mr. Worachet TEACHARAK	01-Oct-18	Up to now	Director	Nakhorn Ping (Provincial/Regional) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Jamroon LIKITWATTANASAKUL	20-Jul-18	Up to now	Deputy Director of the Hospital (Tertiary Care Services), Medical Doctor, Expert Level (Surgery)	Nakhorn Ping (Provincial/Regional) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	President of IMC Committee at Nakornping Hospital
Counterpart	Dr./Ms. Atcharee VIVATTANASETH	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Expert Level, **(PM&R Doctor)**	Rehabilitation Department, Nakhorn Ping (Provincial/Regional) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Mr. Pichai PAPHAN	20-Jul-18	Up to now	Chief, Physical Therapist	Reahabilitation Medicine Unit, Nakhorn Ping (Provincial/Regional) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Phensiri KLUNGPETCH	20-Jul-18	Up to now	Chief, Registered Nurse Professional Level	Orthopedic Department (Female), Nakhorn Ping (Provincial/Regional) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Chanjira PIANGCHAROEN	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Nakhorn Ping (Provincial/Regional) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Dr./Mr. Jaras SINGKAEW	20-Jul-18	N/A	Director	Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in Saraphi District
	Dr. Smith SAMAPANPONG	N/A	Up to now	Director	Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in Saraphi District
	Dr./Mr. Pattarat PANSUVANNAJIT	20-Jul-18	Up to now	Family Medicine Doctor, Medical Doctor Professional Level	Primary Health Care Unit, Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Charinee PATTARAPHONG	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level	Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Paweena WARAPREEDEE	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level	Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Suwaporn PAKAWALEETORN	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level	Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
Counterpart	Ms. Nuntawun CHAIKHAMWANG	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Senior Practitioner Level	Rehabilitation Unit, Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System
	Ms. Supichcha KANTASENA	20-Jul-18	Up to now	Occupational Therapist	Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Waranya MANOJAI	20-Jul-18	Up to now	Thai Thaditional Medicine	Saraphi Community (District) Hospital, Chiang Mai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Somchaiychote PIYAWATCHWELA	20-Jul-18	N/A	Chief Medical Officer	Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Phakee SUPPIPAT	N/A	Up to now	Chief Medical Officer	Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Ms. Angkana UNGPITIMANA	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer	Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Ornuma INTHACHAI	20-Jul-18	Up to now		Khon Kaen Social Welfare Development Center for Older Person, Ministry of Social Development and Human Security	
	Dr./Mr. Preeda TAE-ARK	20-Jul-18	N/A	Director	National Health Security Office Region 7 Khon Kaen	
	Dr./Mr. Dusit KHAMCHAIYAPHUM	N/A	Up to now	Director	National Health Security Office Region 7 Khon Kaen	
	Dr./Mr. Chanchai CHANTARAWORACHAIKUL	20-Jul-18	//2020	Director	Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Ms. Nataya MILLS	//2020	//2021	Director	Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Kriengsak VACHARANUKULKIETI	//2021	Up to now	Director	Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Ms. Sirinapa Siriporn Na Ratchasima	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Professional Level	Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Dr./Ms. Apinya EIAMTRAKARN	20-Jul-18	Up to now	Chief, Medical Doctor, Expert Level, (**PM&R Doctor**)	Rehabilitation Department, Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chief of IMC Service Plan in the Province
	Ms. Jirawan DANAITANGTRAKUL	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Professional Level	Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator)
Counterpart	Ms. Wandee KAWHEANG	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level	Nursing Department, Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Manager of Stroke and IMC Service (Hospitalized)
	Ms. Supaporn TANSURA	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level	Nursing Department, Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Supaporn TANDEE	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level	Nursing Department, Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Watchara SRIHARAT	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level	Nursing Department, Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Nicharat NAKWEECHEIR	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Senior Professional Level	Nursing Department, Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Jariya PAKDEE	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer	Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Pimjai HUTPRAKOP	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer	Khon Kaen (Provincial/Regional) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
Counterpart	Dr./Ms. Ratiorn PORNKUNA	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Senior Professional Level	Khon Kaen 2 Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Wichai USSAVAPHARK	20-Jul-18	N/A	Director	Nam Phong Community (District) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in Nam Pong District
	Dr./Mr. Uros SINGNGAM	N/A	Up to now	Director	Nam Phong Community (District) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in Nam Pong District
	Ms. Pranee KATEDEE	20-Jul-18	Up to now	Chief of Infection Control, Registered Nurse Professional Level	Nursing Department, Nam Phong Community (District) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Manager of IMC Service System (Hospitalized)
	Ms. Siriporn LUANG-UDOM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level **Care Manager**	Family Medicine Division, Nam Phong Community (District) Hospital, Khon Kaen Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System
	Ms. Benjamas DUANGJAMPHA	20-Jul-18	30-Sep-16	Director, Registered Nurse, Professional Level **Care Manager**	BaBan Kambong Health Promotion Hospital (Sa-ard Tambon), Nam Phong District Health Office, Khon Kaen Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Sunisa FAIKAEW	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Operational Level	Ban Kambong Health Promotion Hospital (Sa-ard Tambon), Nam Phong District Health Office, Khon Kaen Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Khuanrudee LOUASA-ARD	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse Professional Level	Sa-ard Tambon (Ban Na-sri) Health Promotion Hospital Nam Phong District Health Office, Khon Kaen Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
Counterpart	Mr. Supachai DONKRASIN	20-Jul-18	Up to now	Mayor	Sa-ard Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	
	Ms. Kobkoon KONFOOM	20-Jul-18	Up to now	Chief Administrative	Permanent Bureau, Sa-ard Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	
	Ms. Aim-on HEMAKUL	20-Jul-18	Up to now	Chief	Administrative Unit, Sa-ard Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	
	Ms. Mutika PATUN	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer, Operational Level	Public Health and Environment Unit, Sa-ard Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Narinrat PICHAYAKAMIN	20-Jul-18	Up to now	Chief Medical Officer	Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Supol THATIYANANTAPORN	20-Jul-18	Up to now	Deputy Chief Medical Officer	Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System in the Province
				Director	Phi Mai Community (District) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Nitaya CHOTINOK	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer, Senior Professional Level	Primary Care Service Department, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Warangkanang LIMSUWANKASEM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Kanjana PITAKWANIC	20-Jul-18	Up to now	PUblic Health Officer, Experienced Level	Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Janyarak BUNYANUKRO	20-Jul-18	Up to now	Social Worker, Professional Level	Nakhorn Ratchasima Provincial Social Development and Human Security Office, Ministry of Social Development and Human Security	
	Dr./Ms. Lalitaya KONGKAM	20-Jul-18	Up to now	Director	National Health Security Office Region 9 Nakhon Ratchassima Province, National Health Security Office	
	Dr./Mr. Shutidej TAB-ONKRARAK	20-Jul-18	Up to now	Director	Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
Counterpart	Dr./Ms. Sawitree VISANUYOTHIN	20-Jul-18	Up to now	Chief, Deputy Director of the Hospital (Primary Care), Medical Doctor Expert Level	Social Medicine Department, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Supervisor of IMC Service System
				Deputy Director	Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Sakluck PIMKHO	20-Jul-18	Up to now	Deputy Director	Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Pipope JITNAMSAB	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Senior Professional Level	Social Medicine Department, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Incharge of IMC Service System in Huatalae 1 CHC
				Family Medicine Doctor, In charge of Huatalae 1 Community Health Center		
	Dr./Mr. Apirak KOKNADEE	20-Jul-18	Up to now	Family Medicine Doctor, In charge of Huatalae Primary Care Unit	Social Medicine Department, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Incharge of IMC Service System in Huatalae PCU

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Dr./Mr. Surasit JITPITAKLERT	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Deputy Director	Medical Service Division, Social Medicine Department, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
Counterpart	Dr./Ms. Nongnart JUANJAN	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Deputy Director	Primary Care Division, Social Medicine Department, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Dr./Ms. Nualpis INTARATEP	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Senior Professional Level (**PM&R Doctor**)	Rehabilitation Medicine Department, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chief of IMC Service Plan & System
	Ms. Chutathip RODSUNGNENG	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Professional Level	Rehabilitation Medicine Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Wilawan SUPANKLANG	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Professional Level	Rehabilitation Medicine Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Anmporn KANJANARANGSICHAI	20-Jul-18	Up to now	Deputy Director, Registered Nurse, Senior Professional Level	Nursing Care Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Tassanee CHONVIRACHKUL	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse	Social Medicine Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
Counterpart	Ms. Sirikul PUSURINKAM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse	Social Medicine Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Mujarin ASAWAPAK	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Social Medicine Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Kanjana TUMMAWONG	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Social Medicine Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Yupapan MANKRATONK	20-Jul-18	Up to now	Pharmacist, Professional Level	Pharmacy Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Watcharaporn PLUEMTURA	20-Jul-18	Up to now	Thai Traditional Medicine Doctor	Thai Traditional Medicine Division, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Kanchana THAMMAWONG	20-Jul-18	Up to now	Computer Technical Officer	Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Dr./Mr. Sairak PIMKOH	20-Jul-18	Up to now	Director, Medical Doctor, Expert Level	Huathale Hospital, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Hospital
	Ms. Nathaporn ONSIRI	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Professional Level	Physical Therapy Division, Huathale Hospital, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	In charge of Clinical Rehabilitation Service, Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Ms. Pawana DEJSANTIPAKDEE	20-Jul-18	Up to now	Administrative Officer	Administrative Division, Huathale Hospital, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Wanchawee KITTISATTAYAKUL	20-Jul-18	Up to now	Director, Registered Nurse, Professional Level	Huathale 1 Community Health Center / Huathale PCU, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in Huatalae 1 CHC
	Ms. Pathumporn ROENGSANAM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level **Care Manager**	Huathale 1 Community Health Center / Huathale PCU, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial/Regional) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Tang-on WANTAISONG	20-Jul-18	Up to now	Health Care Volunteer **Care Giver**	Huatalae Tambon (Sub-district) Municipality	
	Ms. Sukanya CHANTAMAN	20-Jul-18	Up to now	Health Care Volunteer **Care Giver**	Huatalae Tambon (Sub-district) Municipality	
Counterpart	Ms. Weeranuch ORNKAM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse **Care Manager**	Non Farang Tambon Health Promotion Hospital, Muang District Public Health Office, Nakhorn Ratchasima Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Mr. Akekaparp TOMORNSAK	20-Jul-18	Up to now	Mayor	Huatalae Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	
	Ms. Rujinan SORASIT	20-Jul-18	Up to now	Director	Public Health and Environment Division, Huathale Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	
	Ms. Nuanpan PIMPISAN	20-Jul-18	Up to now	Chief/ Registered Nurse **Care Manager**	Cho-ho Primary Care Unit, Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Juthatip RODSEUNGNERN	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist	Maharat Nakhorn Ratchasima (Provincial) Hospital, Nakhorn Ratchasima Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Provision of Physical Therapy

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Panas SOPHONPHONG	20-Jul-18	N/A	Chief Medical Officer	Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Rungruethai MUALPRASITPORN	15-Oct-20	Up to now	Chief Medical Officer	Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Ms. Amphorn WARIN	20-Jul-18	Up to now	Deputy Chief Medical Officer	Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supporting Chairperson of Provincial IMC Committee
	Ms. Sarunya PANPIN	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level **Care Manager**	Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Prapaporn CHAROENTHANYAKORN	20-Jul-18	Up to now	Social Development Worker	Nonthaburi Provincial Social Development and Human Security Office, Ministry of Social Development and Human Security	
	Ms. Chulaploy TANTEMROJANA	20-Jul-18	07-Nov-18		National Health Security Office Region 13 Bangkok, National Health Security Office	
	Cdr./Ms. Uraiporn NARINSORASAK	20-Jul-18	Up to now	Chief	Service System Network Support Group, National Health Security Office Region 13 Bangkok, National Health Security Office	
	Ms. Ornnisa KLAJONGYING	20-Jul-18	Up to now	Senior Employee	Service System Network Support Group, National Health Security Office Region 13 Bangkok, National Health Security Office	
Counterpart	Dr./Mr. Prasit MANACHAROEN	20-Jul-18	//2019	Director	Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Montian PENGSOMBAT	//2019	//2021	Director	Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Sakda ALPACH	//2021	//2022	Director	Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Ms. Nichapha SAWASDIKANON	//2022	Up to now	Director	Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Ms. Preeyanuch ANADIREKKUL	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Senior Professional Level (**PM&R Doctor**)	Physical Medicine and Rehabilitation Department, Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chief of IMC Service Plan
	Ms. Yupha SITTIMANAS	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Senior Professional Level	Social Medicine Department, Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Woranuch WIRIYANURAKDES	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Social Medicine Department, Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Wassana UDOMSRIRIN	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Social Medicine Department, Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Sumonthip SURIYAOAN	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Nursing Department, Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Rungpetch SANGCHAN	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Senior Professional Level	Physical Medicine and Rehabilitation Department, Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
Counterpart	Ms. Sutassana BUAPHAD	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Professional Level	Physical Medicine and Rehabilitation Department, Pra Nang Klao (Provincial/Regional) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Resonsible for providing rehabilitation to patients including IMC patients, Member of IMC Service System
	Mr. Charoenchai PREMCHANWONG	20-Jul-18	Up to now		Nonthaburi Muang District Public Health Office, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Mr. Worathep PUKONGPHAN	N/A	Up to now	Juristic Manager	Juristic Office, Bang Eua-Arthorn Rattanathibet, Housing Authority	Privide space for Daycare Center, Collaborate with Pra Nang Klao Hospital
	Dr./Ms. Penkhae KOSAISUWAN	20-Jul-18	Up to now	Chief, Medical Doctor, (PM&R Doctor)	Physical Medicine and Rehabilitation Department, Bang Kruai Community (District) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chief of IMC Service System in Bang Kruai District
	Ms. Wipaporn KERDNAK	20-Jul-18	Up to now	Professional Registered Nurse **Care Manager**	Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Health Promotion Hospital, Bang Kruai District Public Health Office, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Mr. Wanchai WANCHANWECH	20-Jul-18	Up to now	Mayer	Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	
	Mr. Yodsak SOOKROJJANEE	20-Jul-18	Up to now	Deputy Mayer	Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Coordinate and Support Mayer
	Ms. Paphaphak NUALNMANEE	20-Jul-18	Up to now	Chief Administrative **Care Manager**	Municipality Secretary, Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	
	Mr. Pornthep CHOMCHOO	20-Jul-18	N/A	Deputy Chief Administrative **Care Manager**	Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Trainer for Care Manager & Care Worker (Care Giver), Making Care Plan
	Mr. Chatchai Kamgon	N/A	Up to now	Deputy Chief Administrative	Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Trainer for Care Manager & Care Worker (Care Giver), Making Care Plan

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Ms. Siriporn KAEWYOO	20-Jul-18	Up to now	Village Chief, Elderly Care Volunteer **Care Worker** **Care Manager**	Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Integrated Social Service Center (Day Care Service Center), Bang Si Thong Tambol (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Care Coordinator for Elderly LTC, Making Care Plan
	Ms. Nopparat PHOO-SUE	20-Jul-18	Up to now	Director **Care Manager**	Public Health Division, Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Care Coordinator for Elderly LTC, Making Care Plan
	Ms. Ratchata THEERACHOTCHATREE	20-Jul-18	Up to now	Chief **Care Manager**	Public Health Administrative Group, Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Care Coordinator for Elderly LTC, Making Care Plan
	Ms. Wilaiwan WILAILERD	20-Jul-18	Up to now	Chief **Care Manager**	Social Welfare Administrative Group, Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Care Coordinator for Elderly LTC, Making Care Plan
	Ms. Yao-waluck WANCHANWECH	20-Jul-18	Up to now	President	Bang Si Thong Tambon (Sub-district) Elderly Club	Suport LTC Project and Day Care Center
	Dr./Mr. Kavit ZUEMAN	20-Jul-18	Up to now	Director	Bang Bua Thong 2 Community (District) Hospital, Nonthaburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of of IMC Service System in Bang Bua Thong 2 Hospital Area

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Pichaya NAKVACHARA	20-Jul-18	//2020	Deputy Permanent Secretary	Department of Deputy BMA, Bangkok Metropolitan Administration	Chairperson of BMA IMC Committee
	Dr./Mr. Suksan KITTISUPAKORN	20-Jul-18	17-Dec-19	Deputy Director	Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Supporting Chairperson of BMA IMC Committee
		18-Dec-19	Up to now	Director		
	Dr./Ms. Lertluck LEELARUANGSANG	11-Feb-20	Up to now	Deputy Director	Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Supporting Chairperson of BMA IMC Committee
	Ms. Kutcharin JIAMSRIPONG	20-Jul-18	30-Sep-19	Director	Office of Medical Service System Development, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Dr. Somkiat USSAVAROJPONG	21-Feb-22	Up to now	Director	Office of Medical Service System Development, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Ms. Pornpen JAMROONRAT	20-Jul-18	Up to now	Director	Office of Strategy and Development for Health Service System, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Ms. Waneerat RUNGKIATTIKUL	20-Jul-18	N/A	Director	Nursing Division, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Mrs. Kanchana ANUTRIYA	30-Jul-20	Up to now	Director	Nursing Division, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Dr./Mr. Somchai TRITHIPSATHIT	20-Jul-18	N/A	Director	Health Promotion Division, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Dr./Mr. Teerawee WEERAWAN	N/A	Up to now	Director	Health Promotion Division, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Ms. Vipharat CHAIYANUKIT	20-Jul-18	N/A	Director	Social Development Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Mrs. Anusara CHUENSUANG	01-Oct-21	Up to now	Director	Social Development Department, Bangkok Metropolitan Administration	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Vassana RUEANGCHOT	20-Jul-18	Up to now	Social Worker, Senior Professional Level	Office of Assistance and Social Welfare, Social Development Department, Bangkok Metropolitan Administration	
Counterpart	Dr./Ms. Chuleekorn SO-UDON	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Practitioner Level	Sirindhorn Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Ms. Sapanna SRISIRIKUL	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Sirindhorn Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Dr./Ms. Lertluck LEELARUANGSANG	20-Jul-18	31-May-19	Director	Ratchapiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Supervisor of of IMC Service System in the Hospital
		01-Jun-19	10-Feb-20	Director	Charoenkrung Pracharak Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	
		Promoted to be a Deputy Director of Medical Service Department				
	Dr./Mr. Chaiyot DENARIYAKUL	01-Jun-19	N/A	Director	Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Supervisor of of IMC Service System in the Hospital
	Mr. Atthapon KERDARUNSUKSRI	20-Jul-18	N/A	Deputy Director of the Hospital (Medical Division)	Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
		01-Nov-21	Up to now	Director	Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Dr/Mr. Phurithat SAENGTHONGPANICHKUL	20-Jul-18	Up to now	Chief, Medical Doctor, Senior Professional Level	Technical and Planning Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System
	Dr./Ms. Waricha EIAMJINNASUWAT	20-Jul-18	Up to now	Geriatric Medicine Practitioner, Medical Doctor, Professional Level	Internal Medicine Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Dr./Ms. Arisara SIRIVIRIYAKUL	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor	Internal Medicine Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Saranya SAENGMANEE	20-Jul-18	Up to now	Assistant Chief of Nurse, Registered Nurse, Senior Professional Level	Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Responsible for IMC Outpatient Services, Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Ms. Ketkaew NILYARN	20-Jul-18	Up to now	Chief, Registered Nurse, Professional Level	Geriatric Clinic, Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System
	Ms. Jeerapha RUEANGSRI	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Paradee BUASRUANG	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Arthitaya YISIN	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Practitioner Level	Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Nanaporn TOSGEAW	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Operational Level (Geriatric Nurse)	Geriatric Clinic, Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Responsible for IMC Inpatient Services, Member of IMC Service System
	Ms. Areeya KIATKONGRABUE	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Practitioner Level	Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Panthip KANTHAPHUMI	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Practitioner Level	Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
Counterpart	Ms. Varanrak DARA	20-Jul-18	Up to now	Medical Statistics Officer, Experienced Level	Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Darassa ORNSAMPHAN	20-Jul-18	Up to now	Public Health Officer, Experienced Level	Medical Service Division, Ratchaphiphat Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Mr. Prawit SAMPHANSANTIKUL	20-Jul-18	Up to now	Director	Bang Khae 'Public Health Service Center No. 40, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Waewrat CHOTINIPAT	20-Jul-18	Up to now	Social Worker, Senior Professional Level	Bang Khae 'Public Health Service Center No. 40, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Dr./Mr. Suthee SARITSIRI	20-Jul-18	Up to now	Director	Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Dr./Mr. Phitsanu LUEPROMMAS	20-Jul-18	Up to now	Chief, Medical Doctor	Community Health Group, Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Wilai JEARABANPOT	20-Jul-18	Up to now	Chief, Registered Nurse, Senior Professional Level	Nursing Division, Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Ariya RALUEK	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Nursing Division, Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Pomsorn INTAKAN	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Nursing Division, Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
Counterpart	Ms. Panpit KOTPARASUT	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Nursing Division, Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Butsaraporn KOTHANAM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Nursing Division, Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Orathai YINDEE	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Practitioner Level	Nursing Division, Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Chanyakorn ROJSURIYAWONG	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Nursing Division, Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Dr./Ms. Apichaya WONGMEK	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor (Part-time)	Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Dr./Ms. Ploy RUEANGSILPINYA	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor (Part-time)	Public Health Service Center No. 67, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration	Member of IMC Service System
	Ms. Naruewan MEESAP	N/A	Up to now	Social Worker, Practitioner Level	Ban Bang Khae Social Welfare Development Center, Social Development Department, Bangkok Metropolitan Administration	
	Dr./Ms. Saichin ISIPRADIT	20-Jul-18	N/A	Director	Mettapracharak Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Kriengkrai NAMTHAISONG	//2020	//2021	Director	Mettapracharak Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Aphichai SIRAKULJIRA	//2021	Up to now	Director	Mettapracharak Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Dr./Ms. Kanjanarat SOMBOONBODIBUT	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Practitioner Level	Mettapracharak Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator)
	Ms. Sakaorat THONGSIN	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse	Mettapracharak Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator)

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Wichai TANASOPHON	20-Jul-18	30-Sep-18	Chief Medical Officer	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Apirat KATANYUTANON	01-Oct-18	UP to now	Chief Medical Officer	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Ms. Achara KATERATTANAKUL	20-Jul-18	UP to now	Deputy Chief Medical Officer	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	In charge of Health Promotion and Elderly Care
	Dr./Ms. Rungthiwa PANICHSUKO	20-Jul-18	Up to now	Deputy Chief Medical Officer	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Supatra CHONPANARAK	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer, Professional Level	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Katkana BAMRUNGSUK	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer, Professional Level	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Aimornnat KIATTISAKVANICH	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Nongnuch MUANGKHAM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province
Counterpart	Ms. Tanyong PHUI-ON	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer	Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Dr./Mr. Sawan KHWANJAIPANICH	N/A	N/A	Director	Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr. Jirawan ARAYAPONG	N/A	Up to now	Director	Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Ms. Piyanuch SAMERWONG	20-Jul-18	Up to now	Chief, Medical Doctor, Expert Level, (PM&R Doctor)	Physical Medicine and Rehabilitation Department, Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Chief of IMC Service Plan in the Region
	Dr./Ms. Soraya WONGWILAI	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Senior Professional Level	Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Pakathip PERMPHONG	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Sujitra CHAROENSRIPORNPHONG	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Professional Level	Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Sasitorn PIAMTHONG	20-Jul-18	Up to now	Occupational Therapist, Professional Level	Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Penporn SAMPAOKAEW	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Professional Level	Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Nittaya BOONRAKSA	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist	Chonburi (Provincial/Regional) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
Counterpart	Dr./Mr. Sheewin PRAPAN	20-Jul-18	Up to now	Director	Sattahip KM 10 Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of of IMC Service System in Sattahip District
	Dr./Mr. Khunut JITSAICHOL	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Practitioner Level	Sattahip KM 10 Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Sommai SOMBOON	20-Jul-18	Up to now	Chief, Registered Nurse, Professional Level	In-Patient Department, Sattahip KM 10 Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Jitsupha CHAIYAJIT	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Sattahip KM 10 Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Parada TANHOMSRI	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Practitioner Level	Sattahip KM 10 Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	MS. Sucharee YOMMAKARN	20-Jul-18	Up to now	Public Health Officer, Experienced Level	Sattahip KM 10 Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Nicharin SITTIPHONG	N/A	UP to now	Deputy Chief Administrator	Plu Ta Luang Tambon (Sub-District) Administrative Organization, Ministry of Interior	Member of IMC Service System
Counterpart	Ms. Ratri HASAP	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Senior Professional Level	Watyansangwararam Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Jantip ARTAROPRAYOON	20-Jul-18	Up to now	Chief, Registered Nurse, Professional Level	Inpatient Department, Watyansangwararam Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Responsible for IMC Inpatient Services, Member of IMC Service System
	Ms. Natanun KAEWKLOM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Watyansangwararam Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Maneerat TANYAWATSAWAD	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Practitioner Level	Watyansangwararam Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Uraiwan PUANGKLIN	20-Jul-18	Up to now	Thai Traditional Medicine Doctor, Practitioner Level	Watyansangwararam Community (District) Hospital, Chonburi Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Dr./Mr. Sakchai THIRAVITAYACOM	20-Jul-18	30-Sep-19	Director	Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Dr./Mr. Tassanaphong PAIRIN	01-Oct-19	UP to now	Director	Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Kanlaya PREEDEEKANIT	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
Counterpart	Ms. Thamruja UDOM	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System/JFY 2022 Policy training for sustainable provision of seamless health and social services for older persons
	Ms. Sasipha JINAJIN	20-Jul-18	Up to now	Physical Therapist, Professional Level	Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Vipawee SUTAKULWIRAT	N/A	UP to now	Registered Nurse, Professional Level	Nong Mai Daeng Tambon Health Promotion Hospital, Bang Lamung District Public Health Office, Chonburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health	
	Mr. Trithep KAMCHAN	N/A	UP to now	Clerk for Mayor	Nong Mai Daeng Tambon (Sub-District) Municipality, Ministry of Interior	
	Ms. Patcharee NILWADEE	N/A	UP to now	Registered Nurse, Professional Level	Chak Ngaeo Tambon Health Promotion Hospital, Bang Lamung District Public Health Office, Chonburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health	
	Ms. Rattiya CHUAYKWAMDEE	N/A	UP to now	Registered Nurse, Professional Level	Huai Yai Tambon Health Promotion Hospital, Bang Lamung District Public Health Office, Chonburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health	
	Ms. Waewkwan BOONCHAROENTANGSAKUL	N/A	UP to now	Chief	Community Development Section, Huai Yai Tambon (Sub-District) Municipality, Ministry of Interior	
	Ms. Nucharin PARACHOTI	N/A	UP to now	Chief	Public Health Section, Huai Yai Tambon (Sub-District) Municipality, Ministry of Interior	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Manu SUKHULSAKHUL	20-Jul-18	N/A	Chief Medical Officer	Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Jirachat RUEANGWACHARIN	N/A	Up to now	Chief Medical Officer	Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Akekachai MUKDAPITAK	20-Jul-18	Up to now	Deputy Chief Medical Officer	Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Wandee SUPPAWONGSANOND	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer, Senior Professional Level	Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Ex. Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province
	Ms. Pattarawadee CHUMPOLWEERAPONG	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Senior Professional Level	Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Chumphot PHROMSIDA	//2013	//2020	Director	Suansaranrom Psychiatric Hospital (Regional), Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Executive Advisor of Mental Health
	Dr./Ms. Boonsiri JUNSIRIMONGKOL	//2020	//2022	Director	Suansaranrom Psychiatric Hospital (Regional), Department of Mental Health, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Arthit LAOSUANGKUL	//2022	Up to now	Director	Suansaranrom Psychiatric Hospital (Regional), Department of Mental Health, Ministry of Public Health	
	Dr./Mr. Pattanop TANSUPASIRI	N/A	Up to now	Deputy Director, Psychiatrist	Suansaranrom Psychiatric Hospital (Regional), Department of Mental Health, Ministry of Public Health	Support Technical Knowledge and Provide Consultation
	Dr./Mr. Kittisak AKSORNWONG	20-Jul-18	07-Jan-21	Director	Surat Thani (Provincial/Regional) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Sakchai TANGCHITVITTAYA	08-Jan-22	Up to now	Director	Surat Thani (Provincial/Regional) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Mr. Panitan SUEMANOTUM	N/A	Up to now	Deputy Director	Surat Thani (Provincial/Regional) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Dr./Ms. Tanyaluck KWANSANIT	20-Jul-18	Up to now	Medical Doctor, Senior Professional Level (**PM&R Doctor**)	Physical Medicine and Rehabilitation Department, Surat Thani (Provincial/Regional) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Chief of IMC Service Plan in the Region, Facilitator of Rehabilitation Network in the Province
	Ms. Nuttanun USAYAPANT	20-Jul-18	Up to now	Chief, Physical Therapist, Senior Professional Level	Physical Therapy Department, Surat Thani (Provincial/Regional) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chief of IMC Rehabilitation, Member of IMC Service System
	Dr./Mr. Somyot JARUPOKAWAT	20-Jul-18	Up to now	Director	Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of of IMC Service System in Ban Na District
	Ms. Cheepsumon CHAROENPON	20-Jul-18	Up to now	Chief of Nursing, Registered Nurse Senior Professional Level	Nursing Division, Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Lumpoon U-AMPHAI	20-Jul-18	Up to now	Chief, Registered Nurse, Senior Professional Level	Community Division, Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Keayoon LOUPRASITH	20-Jul-18	Up to now	Registered Nurse, Senior Professional Level	Inpatient Department, Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Responsible for IMC Service System in Ban Na District
				Care Manager		
	Ms. Suwadee KOMONSUKARN	20-Jul-18	Up to now	Primary Care Nurse, Registered Nurse Senior Professional Level	Out Patient Department and Elderly Clinic, Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
				Care Manager		
	Ms. Natsamon WONGWATTANADILOK	20-Jul-18	Up to now	Primary Care Nurse, Registered Nurse Senior Professional Level	Out Patient Department and Elderly Clinic, Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
				Care Manager		
	Ms. Sunaree POOKDUM	20-Jul-18	Up to now	Thai Traditional Medicine	Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Saowapa KONGCHATREE	20-Jul-18	Up to now	Dental Health Officer	Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Haremol MUENGPROM	20-Jul-18	Up to now	Professional Registered Nurse	Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
				Care Manager		
	Mr. Preecha SRICHAROENSUK	20-Jul-18	Up to now	Professional Public Health Technical officer	Family Practice & Community Department, Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Watcharee WONGWATTANADILOK	20-Jul-18	Up to now	Professional Registered Nurse	Ban Na Doem Community (District) Hospital, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
				Care Manager		
	Mr. Bunthao PICHAIRAT	20-Jul-18	Up to now	Chief, Public Health Technical Officer	Ban Na Doem District Health Office, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Mr. Pijarn KONGCHATREE	20-Jul-18	Up to now	Public Health Technical Officer	Ban Na Doem District Health Office, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Mr. Sayun CHUCHANAKIJ	20-Jul-18	Up to now	Director	Huay Yai Tambon (Sub-district) Health Promotion Hospital, Ban Na Doem District Public Health Office, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Darunee SUKSIRI	20-Jul-18	Up to now	Professional Registered Nurse	Huay Yai Tambon (Sub-district) Health Promotion Hospital, Ban Na Doem District Public Health Office, Surat Thani Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
				Care Manager		

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Kwanjai SRISAWAT	20-Jul-18	Up to now	Care Worker	Huay Yai Tambon (Sub-district) Health Promotion Hospital, Ban Na Doem District Health Office, Surat Thani Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
				President	Elderly Care Volunteer Group, Huay Yai Zone	
	Mr. Thongchai WONGSONG	20-Jul-18	Up to now	Mayer	Ban Na Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Responsible for Day Care Center
	Ms. Udomluk SAIYARIN	20-Jul-18	Up to now	Depury Mayer	Ban Na Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Coordinate and Support Mayer
	Ms. Praphaisri SUTTHINUAN	20-Jul-18	Up to now	Deputy Chief Administrative	Ban Na Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	Coordinate and Support Mayer, Making Care Plan
				Care Manager		
	Mr. Rattanaphong NUANPLUEM	20-Jul-18	Up to now	Community Development Officer, Professional Level	Ban Na Tambon (Sub-district) Municipality, Ministry of Interior	In Carge of Daycare Center

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Jiraphan TEPHAN	20-Jul-18	30-Sep-18	Provincial Chief Medical Officer	Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Tanit SERMKAEW	01-Oct-18	N/A	Provincial Chief Medical Officer	Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Koosak Kookiatkul	01-Mar-21	UP to now	Provincial Chief Medical Officer	Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Chairperson of Provincial IMC Committee
	Dr./Mr. Chalermpol SUKONTAPOL	20-Jul-18	UP to now	Director	Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of IMC Service System in the Province
	Dr./Ms. Piyanat SAKULPIPATANA	20-Jul-18	UP to now	Medical Doctor, Senior Professional Level (PM&R Doctor)	Rehabilitation Department, Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Chief of IMC Service System in the Province
	Dr./M. Chanasarn SAWANGPHOL	20-Jul-18	UP to now	Medical Doctor	Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Chanida SAMPHANTHARAT	20-Jul-18	UP to now	Physical Therapist, Professional Level	Physical Medicine and Rehabilitation Department, Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Member of IMC Service System
	Ms. Chantakorn SANGONGTANTIKUL	20-Jul-18	UP to now	Physical Therapist, Professional Level	Physical Therapy Department, Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
Counterpart	Ms. Acharavadee PANSAKUL	20-Jul-18	UP to now	Physical Therapist, Professional Level	Physical Therapy Department, Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Siripol NA NAKORN	20-Jul-18	UP to now	Physical Therapist, Professional Level	Physical Therapy Department, Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Mr. Pakkawat PANTANG	20-Jul-18	UP to now	Physical Therapist, Professional Level	Physical Therapy Department, Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Chachayapha SRIBANJONG	20-Jul-18	UP to now	Prosthetist and Orthotist, Practitioner Level	Vachira Phuket Provincial Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Mr. Padungkiat UTOKSENEE	29-Mar-19	UP to now	Public Health Executive	Muang District Public Health Office, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
	Ms. Sriprae ENGCHAWAN	29-Mar-19	UP to now	Public Health Technical Officer, Professional Level	Muang District Public Health Office, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Thanyaporn THONGDEEYING	29-Mar-19	UP to now	Public Health Technical Officer	Muang District Public Health Office, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
Counterpart	Mr. Sombat SINGKARA	29-Mar-19	UP to now	Director	Koh Kaeo Tambon (Sub-district) Health Promotion Hospital, Thalang District Public Health Office, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Chonnikarn SINGKHON	29-Mar-19	UP to now	Physical Therapist	Koh Kaeo Tambon (Sub-district) Health Promotion Hospital, Thalang District Public Health Office, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Dr./Mr. Banpot PANKLUEB	29-Mar-19	UP to now	Director	Thalang Community (District) Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of of IMC Service System in Thalang District
	Ms. Poopaeng TAENGMOA	29-Mar-19	UP to now	Physical Therapist	Thalang Community (District) Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Kedkanok PIMKAEW	29-Mar-19	UP to now	Registered Nurse, Professional Level	Chalong Tambon (Sub-district) Health Promotion Hospital, Thalang District Public Health Office, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Arthima CHUVIJIT	29-Mar-19	UP to now	Physical Therapist	Chalong Tambon (Sub-district) Health Promotion Hospital, Thalang District Public Health Office, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
Counterpart	Dr./Ms. Mueanprae BOONLOM	29-Mar-19	UP to now	Director / Medical Doctor	Patong Community (District) Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Supervisor of of IMC Service System in Kathu District
	Dr./Mr. Chatchai TANGVINIT	01-Aug-19	UP to now	Medical Doctor, Professional Level, (PM&R Doctor)	Patong Community (District) Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Sunitra CHUDI	29-Mar-19	UP to now	Registered Nurse, Professional Level	Patong Community (District) Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Ms. Varaporn PLUEMSONG	29-Mar-19	UP to now	Physical Therapist, Professional Level	Patong Community (District) Hospital, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Mr. Peeraphong CHEEPLHEK	29-Mar-19	UP to now	Public Health Executive	Kathu District Public Health Office, Phuket Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System

Project's Position	Name	Period		Official Position	Official Working Place	Responsible Activities
		From	To			
Counterpart	Dr./Mr. Khongsak CHAICHANA	20-Jul-18	N/A	Director	Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Manager for intermediate care and seamless care of Khun Tan District
	Dr./Mr. Utit SREEWICHAI	N/A	Up to now	Director	Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Focal Point (Site Coordinator), Manager for intermediate care and seamless care of Khun Tan District
	Dr./Mr. Thanwa BOONTOOB	01-Jun-19	Up to now	Family Medicine Doctor, Professional Level	Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Responsible for intermediate care and seamless care of Khun Tan District
	Ms. A-porn THONGTHIP	20-Jun-18	Up to now	Chief/ Registered Nurse **Care Manager**	Nursing Division, Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Mrs. Prapatsorn KAWILO	N/A	Up to now	Registered Nurse, Professional Level, Head of Primary and Holistic Care Department,	Primary and Holistic Care Department, Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Chanida PANOK	N/A	Up to now	Registered Nurse, Professional Level, Head of IPD ward	IPD ward Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Jamjuree SRIKANCHAI	N/A	Up to now	Registered Nurse, Professional Level	Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Mrs. Jantakorn MANEERAT	N/A	Up to now	Registered Nurse, Practitioner Level	Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	
	Ms. Krisana PUTTAWONG	20-Jun-18	Up to now	Head/ Registered Nurse **Care Manager**	Primary and Holistic Care Unit, Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Mr. Peeraphong MUENG-IN	20-Jun-18	Up to now	Head of Physical therapy **Care Manager**	Physical Therapy Department, Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	Member of IMC Service System
	Mr. Jessadapong PANYA		Up to now	Physical Therapist	Khun Tan Community (District) Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health	

Position in the Project	Country	Name	Period		Position	Working Place
			From	To		
Regional Coordinator	Thailand	Dr. Chantanee Buranathai	**13-Feb-08**	**Present**	Senior Veterinary Officer	Intetnational Animal Health Affairs Division, Bureau of Disease Control & Veterinary Services, Department of Livestock Development, Ministry of Agriculture and Cooperatives
National Coordinator	Cambodia	Mr. Bun Chan	**13-Feb-08**	**21-Sep-10**	Senior Technical Officer	(National Coordinator), Epidemiology Unit, National Veterinary Research Institute, Department of Animal Health and Production, Ministry of Agriculture, Forestry and Fisheries
			22-Sep-10	*Present*	*Master Course Student*	*JICA Indivisual Training Course at Obihiro University of Agriculture and Veterinary Medicine*
		Mr. Holl Sinel	**22-Sep-10**	**Present**	Officer	Epidemiology Section, National Veterinary Research Institute, Department of Animal Health and Production, Ministry of Agriculture, Forestry and Fisheries
	Lao P.D.R.	Dr. Signa Kittiphone	**13-Feb-08**	**Present**	Deputy Director	Natinal Animal Health Center, Department of Livestock and Fisheries, Ministry of Agriculture and Forestry
	Malaysia	Dr. Mohd Mokhtar Bin Arshad	**13-Feb-08**	**31-May-10**	Chief	Epidemiology Unit, Epidemiology and Surveillance Section, Biosecurity and SPS Management Divison, Department of Veterinary Services, Ministry of Agriculture and Agro-Based Industry
			01-Jun-10	*Retired from DVS*		
			01-Jun-10	*Present*	*Senior Fellow (Associate Professor)*	*Veterinary Facutly, Kelantan University*
		Dr. Nazirah Binti Abdullatad	**01-Jun-10**	**Present**	Staff	Epidemiology Unit, Biosecurity and SPS Management Divison, Department of Veterinary Services, Ministry of Agriculture and Agro-Based Industry
	Myanmar	Dr. Than Myint	**13-Feb-08**	**Present**	Head	Planing and Statistics Section, Administration Division, Director General Office (Yangon), Livestock Breeding and Veterinary Department, Ministry of Livestock and Fisheries
		Dr. Hnin Thidar Myint (Assistant National Coordinator)	**20-Jun-08**	**Present**	Research Officer	
	Thailand	Dr. Prapas Pinyocheep	**13-Feb-08**	**Present**	Chief	Bangkok Seaport Animal Quarantine Station, Bureau of Disease Control & Veterinary Services, Department of Livestock Development, Ministry of Agriculture and Cooperatives
	Vietnam	Dr. Bui Thi Cuc	**13-Feb-08**	**30-Apr-09**	Vice Director	International and Scientific Section, Department of Animal Health, Ministry of Agriculture and Rural Development
			31-May-09	*Retired from DAH*		
			01-Jun-09	*Present*	*National Coordinator*	*Gathering Evidence for a Transitional Strategy (GETS) for HPAI H5N1 Vaccination in Viet Nam of Food and Agriculture Organization of United Nastions*
		Dr. Tran Thi Thu Phoung	**01-May-09**	**Present**	Officer	International and Scientific Section, Department of Animal Health, Ministry of Agriculture and Rural Development



คำสั่งคณะกรรมการบริหารโครงการ
Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons
ที่ ๖๔ /๒๕๖๔
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (Drafting team for Policy Recommendation : DT) และคณะทำงานวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการและประกอบร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (Research team for Evaluating the Project and Policy Recommendation : RT)
โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ

อนุสนธิคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๕๕๐/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ The Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ) ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) ได้มีการลงนามข้อหารือระหว่างกัน (Record of Discussions : RD) เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๐ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะกึ่งวิกฤติ (Intermediate care) มีระยะเวลาการดำเนินการ ๕ ปี (พฤศจิกายน ๒๕๖๐ – ตุลาคม ๒๕๖๕) โดย ปีที่ ๑ เป็นการสำรวจและศึกษาข้อมูลเพื่อจัดทำร่างรูปแบบแผนแม่บทการให้บริการ ปีที่ ๒ – ๔ การดำเนินงานให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่และมีการติดตามประเมินผลโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ และปีที่ ๕ เป็นการสรุปและนำเสนอผลการดำเนินงานในภาพรวมระดับประเทศ และระดับภูมิภาคอาเซียน นั้น

อาศัยอำนาจคณะกรรมการบริหารโครงการ Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons ตามหน้าที่และอำนาจข้อ (๔) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานตามความเหมาะสม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงแต่งตั้งคณะทำงานร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (Drafting Team for Policy Recommendation : DT) และคณะทำงานวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการและประกอบร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (Research team for Evaluating the Project and Policy Recommendation : RT) โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่ และอำนาจ ดังนี้

๑. คณะทำงานร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (Drafting Team for Policy Recommendation : DT)

๑.๑ องค์ประกอบ

(๑)	Expert Team, The Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons	ที่ปรึกษา
(๒)	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	ที่ปรึกษา
(๓)	ผู้แทนจากคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ	ที่ปรึกษา

(๔) ผู้อำนวยการ...

(๔)	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
(๕)	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	ประธานร่วม
(๖)	นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔	รองประธาน
(๗)	นายอัครพล คุรุศาสตรา ผู้ช่วยอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
(๘)	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	คณะทำงาน
(๙)	นางสาวนันทาวดี วรวสุวัส ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	คณะทำงาน
(๑๐)	นางนิติกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	คณะทำงาน
(๑๑)	นางศิริลักษณ์ มีมาก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	คณะทำงาน
(๑๒)	นายสาธิต ทิมขำ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนภารกิจบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงาน
(๑๓)	นางสาวดวงจิตร สมิทธิ์นราเศรษฐ์ นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	คณะทำงาน
(๑๔)	นางสาวราศรี ลีนะกุล ที่ปรึกษาประจำสภาการพยาบาล สภาการพยาบาล	คณะทำงาน
(๑๕)	นางสาวจีรวรรณ ดนัยตั้งตระกูล อุปนายกสภากายภาพบำบัด สภากายภาพบำบัด	คณะทำงาน
(๑๖)	นางสาวปิยนุช เสมอวงษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลชลบุรี	คณะทำงาน

(๑๗) นางสาวธัญลักษณ์...

(๑๗) นางสาวธัญลักษณ์ ขวัญสนิท — คณะทำงาน
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

(๑๘) นางปรียานุช อันอดิเรกกุล — คณะทำงาน
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

(๑๙) นางสาวนิลยา รัตนมงคลศักดิ์ — คณะทำงาน
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์

(๒๐) นายภัทรัตน์ ปานสุวรรณจิตร — คณะทำงาน
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลสารภีและสารภีบวรพัฒนา

(๒๑) นายธันวา บุญตูบ — คณะทำงาน
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลขุนตาล

(๒๒) นางจันทนา แจ่มจำรัส — คณะทำงาน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโรงกระโจม

(๒๓) นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณสิริ — คณะทำงาน
นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ
กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(๒๔) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงาน — คณะทำงาน
และความร่วมมือระหว่างประเทศ — และเลขานุการ
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(๒๕) นางสาวมีนา ชูใจ — คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ — และผู้ช่วยเลขานุการ
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(๒๖) นายปุณยภา ศรีสูงเนิน — คณะทำงาน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน — และผู้ช่วยเลขานุการ
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๒ คณะทำงานร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

(๑) พิจารณาข้อมูลรายงานผลการวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการและประกอบร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการบริการแบบไร้รอยต่อที่มากขึ้น

(๒) จัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการจัดบริการไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุในระยะต่างๆ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโครงการฯ พิจารณาเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้เป็นนโยบายต่อไป

(๓) อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๒. คณะทำงาน...

๒. คณะทำงานวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการและประกอบร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (Research team for Evaluating the Project and Policy Recommendation : RT)

๒.๑ องค์ประกอบ

(๑)	Expert Team, The Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons	ที่ปรึกษา
(๒)	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ที่ปรึกษา
(๓)	นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔	ประธาน
(๔)	นายอัครพล คุรุศาสตรา ผู้ช่วยอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
(๕)	นางนิติกุล ทองน่วม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	คณะทำงาน
(๖)	นางรัชนี บุญเรืองศรี นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	คณะทำงาน
(๗)	นางขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	คณะทำงาน
(๘)	นางศิริลักษณ์ มีมาก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	คณะทำงาน
(๙)	นายสาธิต ทิมขำ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนภารกิจบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงาน
(๑๐)	นางสาวรติอร พรกุณา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น	คณะทำงาน
(๑๑)	นางสาวหทัยมาศ โคตรสมพงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	คณะทำงาน
(๑๒)	นางสาวอาทิยา ยี่สิ้น พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	คณะทำงาน

(๑๓) นายชาติชาย...

(๑๓) นายชาติชาย ตั้งวินิต คณะทำงาน
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลป่าตอง

(๑๔) นางสาวธรรมรุจา อุดม คณะทำงาน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

(๑๕) นางเกยูร เหล่าประสิทธิ์ คณะทำงาน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบ้านนาเดิม

(๑๖) นักวิจัยผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้สูงอายุชาวไทย คณะทำงาน

(๑๗) นักวิจัยผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น คณะทำงาน

(๑๘) นางสาวมีนา ชูใจ คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และเลขานุการ
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(๑๙) นางสาววราลี เสถียรพักตร์ คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ และผู้ช่วยเลขานุการ
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ คณะทำงานวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการและประกอบร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

(๑) เก็บรวบรวมและสำรวจข้อมูลลงพื้นที่ เพื่อประกอบการจัดทำวิจัย

(๒) ดำเนินการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยต่อสาธารณะ พร้อมทั้งปรับปรุงรายงานข้อเสนอทางการวิจัยให้เหมาะสม

(๓) จัดทำร่างวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ เสนอต่อคณะทำงานร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อประกอบการพิจาณา

(๔) อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Training	Course	Date	Venue	No. of Participants
1	National Seminar_Seminar on the Development of Intermediate Care Service Model	20-Jul-18	Amari Don Muang	107
2	Japan Training: Introduction of Intermediate care and Seamless care training	15–26 January 2019	Nagoya&Saku	15
3	Japan Training: Introduction of the Policy for Seamless Care Service Program	17-23 February 2019	Hokkaido	12
4	2nd National Seminar	20-21 August 2019	Rama Gardens Hotel, Bangkok	N/A
5	Japan Training (Invitation) on Introduction of the Policy for Seamless Care Services 2	25-31 August 2019	Hokkaido&Supporo	12
6	Japan Training: Introduction of Intermediate Care and Seamless Care Services 2	25 January-8 February 2020	Nagoya&Saku	15
7	Technical Online Training for Intermediate Care	16-17 February 2021	Richmond Hotel, Nonthaburi and Zoom Meeting Program	32
8	2nd Online Training: Policy on Long-Term Care and Living Support for Older Adults	24-26 August 2021	Zoom webinar	24
9	3rd Online Training: Improvement of Seamless Service for Older Adults- Lesson learned from experience in Thailand and Japan	22-24 February 2022	Amari Don Mueng Airport Hotel	22
10	3rd National Seminar	20-21 July 2022	Centra by Centara Government Complex Hotel & Convention Centre Chaeng Watthana	N/A
11	Japan Training: Policy training for sustainable provision of seamless health and social services for older persons	19 August - 1 September 2022	Nagoya & Shizuoka	17

Schedule

Seminar on the Development of Intermediate Care Service Model

Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons

On Friday 20th July 2018 at Amari Don Muang Airport Bangkok Hotel

08.30 – 09.00	Registration
09.00 – 09.25	**Opening Ceremony** Report by Director of Health Administration Division Opening Remarks by Permanent Secretary of MOPH Mr. Tamrong Thawatwachum, Deputy Director General, Department of Older Persons (DOP) Dr. Chuchai Sornchumni, Deputy Secretary General, NHSO Mr. Akio Koide, Chief Advisor
09.25 – 09.30	Photo session
09.30 – 09.45	The Technical Cooperation between Thailand and Japan on the **Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons** By Director of Health Administration Division
09.45 – 10.15	Introduction of S-TOP By JICA Experts
10.15 – 10.30	Intermediate Care or Seamless Care Service System (Regarding Necessary Financial Data Collection) By Representative from NHSO
10.30 – 10.45	Seamless Care Service System (Regarding Social Service and Returning Patients to the Community) By Representative from MSDHS
10.45 – 11.15	Development of Intermediate Care Service System By Dr. Wichani Tongthong, Medical Physician, Senior Professional Level Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute
11.15 – 12.00	Development of Intermediate Care Service System By Representative from Hatyai Hospital
12.00 – 13.00	Lunch
13.00 – 13.45	Development of Intermediate Care Service System - Saraburi Model By Dr. Suphasilp Jumpanak, Physical Medicine & Rehabilitation Doctor, Saraburi HP
13.45 – 14.00	Guidelines on Activity Plans of **Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons** By JICA Experts

14.00 – 15.00	Grouping / Brainstorming about the Development of Intermediate Care Service Model
	Group 1 Develop operation plan for Intermediate Care Service Model in pilot sites: Chiang Mai, Nonthaburi, and Khuntan Hospital
	By Mrs. Wimon Baanpuan, DOH
	Representative from MSDHS
	Representative from NHSO
	Ms. Krisana Triyamaneerat, DMS
	Group 2 Develop operation plan for Intermediate Care Service Model in main sites: Khon Kaen, and Nakhon Ratchasima
	By Representative from Health Administration Division
	Representative from MSDHS
	Representative from NHSO
	Group 3 Develop operation plan for Intermediate Care Service Model in main sites and potential hospital: BMA, Chonburi, and Mettapracharak Hospital
	By Mrs. Nitikul Thongnuam, DMS
	Representative from MSDHS
	Representative from NHSO
	Group 4 Develop operation plan for Intermediate Care Service Model in main site and potential hospital: Surat Thani and Vachira Phuket Hospital
	By Representative from Bureau of Mental Health Promotion and Development, DMH
	Representative from MSDHS
	Representative from NHSO
15.00 – 15.45	Presentation of Group Discussion Results
	By Representatives from Each Group
15.45 – 16.30	Exchange and Asking of Details regarding the Project Implementation
16.30	**Closing Ceremony**
	By MSDHS/NHSO

Note: Consumption of snacks in between the meeting

https://goo.gl/C9XgPy

Version 17102018

Course title: **Introduction of Intermediate care and seamless care service.**

In Nagoya and Saku, 14th January to 26th January 2019

Tentative schedule and programme contents

Date	Programme	Venue	Accommodation
14th Jan. (Mon)	Leave Bangkok for Nagoya		JICA Chubu
15th Jan. (Tue)	9:30-10:00 Course orientation, by JICA expert 10:00-12:00 Briefing, by JICA Chubu 12:00-13:00 Lunch break 13:00-14:30 Lecture on "General situation of Aging and its challenges in Japan", by a JICA senior adviser of JICA HQ 14:30-16:00 Presentation by the trainees 18:00-19:00 Reviewing with JICA experts	JICA Chubu	JICA Chubu
16th Jan. (Wed)	9:30-10:30 Lecture on "International cooperation experience on Aging issues in Thailand", by Mr.Horie, Tokai-Hokuriku Regional Bureau of Health and Welfare(C-TOP Chief adviser) 11:00-12:00 Lecture on "Japan's Rehabilitation development and advanced rehabilitation at Fujita health university", by Fujita health university 12:00-13:00 Lunch break 13:00-16:00 Observation on Fujita health university <Target of observation> Advanced rehabilitation in the acute phase and the recovery phase 18:00-19:00 Reviewing with JICA experts	Tokai-Hokuriku Regional Bureau of Health and Welfare Fujtia health university (private hospital) JICA Chubu	JICA Chubu
17th Jan. (Thu)	Observation on the acute hospital (public) and the rehabilitation hospital (private) in Yatomi city <Target of observation> Role of acute hospitals and rehabilitation hospitals in the "Integrated community care system" (Japan's seamless care system), Cooperation in between acute hospitals, rehabilitation hospitals and communities 18:00-19:00 Reviewing with JICA experts	Yatomi city	JICA Chubu

18th Jan. (Fri)	AM: Observation on a hospital which has post-acute ward / a "Roken" institution (geriatric health service facility) <Target of observation> Prevention of disuse syndrome and bed-ridden in post-acute ward / facility service for LTC PM: Discussion for reviewing and previewing for the second week	AM: Nagoya city PM: JICA Chubu	JICA Chubu
19th Jan. (Sat)	Day off	Nagoya city	JICA Chubu
20th Jan. (Sun)	Move to Saku city	Saku city	Hotel in Saku
21st Jan. (Mon)	✓ Courtesy call to Saku city ✓ 1 Observation:(Eg. Saku hospital; public & acute hospital) ✓ 2 Lectures: (Eg. General information of Saku hospital, Rehabilitation service at Saku hospital, Team medicine and discharge plan etc.)	Eg. Saku hospital in Saku city	Hotel in Saku
22nd Jan. (Tue)	✓ 2 Lectures: (Eg. Team rehabilitation, Rehabilitation nursing, Prevention of bed-ridden and disuse syndrome, Rehabilitation for stroke, Team medicine and discharge plan etc.) ✓ 1 Observation: (Eg. Kakeyu hospital; "Kaihukuki" rehabilitation hospital) ✓ 1 Practice: (Eg. Rehabilitation shadow learning)	Eg. Kakeyu hospital in Saku city	Hotel in Saku
23rd Jan. (Wed)	✓ 2 Lectures : (Eg. Development of community care in Saku hospital, Integrated community care) ✓ 1 Observation: (Eg. Individual elderly homes)	Eg. Saku university and individual elderly homes in Saku city	Hotel in Saku

24th Jan. (Thu)	✓ 2 Lectures : (Eg. Understanding elderly persons, Prevention of fall- down, Dementia etc.) ✓ 1 Observation : (Eg. "Roken" institution)	Eg. Saku city	Hotel in Saku
25th Jan. (Fri)	AM: ✓ Final Presentation, ✓ Feedback to and Evaluation on the course by the trainees Lunch time/PM: ✓ Closing ceremony	Saku city	Hotel in Saku
26th Jan. (Sat)	Return to Bangkok	Saku city to Nagoya city, to Bangkok	

Version 18102018

Course title: **Introduction of the policy for seamless care service.**

In Hokkaido, 17th February to 23rd February 2019

Tentative schedule and programme contents

Date	Programme	Venue	Accommodation
17th Feb. (Sun)	Leave Bangkok for Hokkaido		JICA Sapporo
18th Feb. (Mon)	9:30-10:00 Course orientation, by JICA expert 10:00-12:00 Briefing, by JICA Sapporo 12:00-13:00 Lunch break 13:30-14:00 Courtesy call to Prefectural office of Hokkaido 14:30-15:30 Lecture on "Social security in Japan", by Prof. Enomoto 15:30-16:30 Lecture on "Japan's Rehabilitation service and its development", by XXX 18:00-19:00 Short Presentation by the trainees and reviewing with JICA experts	JICA Sapporo Prefectural office of Hokkaido JICA Sapporo JICA Sapporo	JICA Sapporo
19th Feb. (Tue)	9:30-10:00 Lecture on "G eneral information of Keijinkai group and hospitals" 10:00-12:00 Lecture about "Rehabilitation service of Teine Keijinkai Hospital", by a representative of the rehabilitation department of the hospital	Teine Keijinkai hospital (private and acute hospital)	JICA Sapporo

	12:00-13:00 Lunch break : Lecture about "Explanation of nutritional management and Rehabilitation by the nutrition department of the hospital" 13:30-16:00 Observation of medical rehabilitation for rehabilitation phase and daycare rehabilitation at Sapporo Keijinkai group rehabilitation hospital <Target of observation> Seamless care service model from the acute phase to chronic phase in an urban area by a private hospital and LTC service provider 18:00-19:00 Reviewing with JICA experts	JICA Sapporo	
20th Feb. (Wed)	9:30-10:50 Lectures on "Rehabilitation human resource development at practical level" 10:50 – 12:00 Discussion session for lecturers and trainees "Rehabilitation human resource development" 12:00-13:00 Lunch break 13:30-16:30 Lectures on "Rehabilitation human resource development at national level" 15:30 – 16:30 Discussion session "Rehabilitation human resource development" <Target of observation> Rehabilitation human resource development 18:00-19:00 Reviewing with JICA experts	JICA Sapporo Under the consideration JICA Sapporo	JICA Sapporo

21st Feb. (Thu)	9:30-9:50 Observation on "Public health center in Ebetsu city" 10:00-10:40 Observation on "Health Promotion activities in Ebetsu city" 10:40-11:10 Observation on "Public health center in Ebetsu city" 11:10-11:40 Observation on "Public health center in Ebetsu city" 11:40-13:00 Lunch break 13:00-14:00 Lecture on "Medical and patient and elderly care" 14:00-14:40 Observation on " Daycare rehabilitation by the local administrative organization" 15:00-15:30 Courtesy call to an executive of Ebetsu city 18:00-19:00 Reviewing with JICA experts	Ebetsu city JICA Sapporo	JICA Sapporo
22nd Feb. (Fri)	9:30-12:00 Reporting session and Q&A session Lunch time/PM: ✓ Evaluation on the course by the trainees/ Closing ceremony	JICA Sapporo	JICA Sapporo
23rd Feb. (Sat)	Leave Hokkaido for Bangkok		

Agenda

National Seminar on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons, 2019

20 – 21 August 2019

At Convention Room, 4th Floor, Rama Gardens Hotel, Bangkok

****

Tuesday, August 20, 2019 (Day 1)

08.00 – 08.45 Registration

08.45 – 09.00 Welcome speech by MC

09.00 – 11.00 Presentation on Model Development on Seamless Care Services Provision in Subacute Phase for the Elderly in 8 S-TOP Pilot Sites (15 minutes/site)

By IMC Teams from 8 Pilot Sites

1. Chiang Mai Site Present by **Mrs. Phensiri Klungpetch**, Nakornping HP
2. Khon Kaen Site Present by **Dr. Apinya Eiamtrakarn**, Khon Kaen HP
3. Nakhon Ratchasima Site Present by **Dr. Apirak Koknadee**, MNR HP
4. Nonthaburi Site Present by **Mrs. Amporn Warin**, Nonthaburi PPHO
5. BMA Site Present by **Dr. Waricha Eiamjinnasuwat**, Ratchaphiphat HP
6. Chonburi Site Present by **Dr. Piyanuch Samerwong**, Chonburi HP
7. Surat Thani Site Present by **Dr. Tanyaluck Kwansanit**, Surat Thani HP
8. Phuket Site Present by **Dr. Piyanat Sakulpipat**, Vachira Phuket HP

Moderator: **Mrs. Patchara Sateanpuctra**, Deputy Director of Health Administration Division

- Q&A

11.00 – 12.00 Lecture on Smart Intermediate Care for Aging and Comparison of Intermediate Care for Aging in Thailand and Japan

By **Dr. Teeraphong Tunak**, Director of Health Administration Division, MOPH

- Q&A

12.00 – 13.00 Lunch

13.00 – 14.00 Lecture on Role and Support of JICA for Driving the Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons by **Mr. Akio Koide**, Chief Advisor of S-TOP Project

14.00 – 14.45 VDO Presentation on Seamless Care Services Provision in Subacute Phase for Elderly (5 mins)

Opening Ceremony

Reports by **Dr. Prapon Tangsrikertikul**, Deputy Permanent Secretary, MOPH

Opening Remarks by **Dr. Sathit Pitudecha**, Deputy Minister of Public Health

Appreciation Awards Ceremony for Rewarding to 8 Pilot Sites that have Excellent Operations in Driving the Project on the Development of Seamless Care Service Model for the Elderly under the Technical Cooperation between Thailand and Japan

By **Dr. Sathit Pitudecha**, Deputy Minister of Public Health

1. Chiang Mai Province by **Mrs. Srigate Thanyawinichkul**, Chiang Mai PPHO
2. Khon Kaen Project by **Dr. Apinya Eiamtrakarn**, Khon Kaen HP
3. Nakhon Ratchasima Province by **Dr. Apirak Koknadee**, MNR HP
4. Nonthaburi Province by **Mrs. Amporn Warin**, Nonthaburi PPHO
5. Bangkok Province by **Dr. Suksan Kittisupakorn**, Medical Services Department, BMA
6. Chonburi Province by **Dr. Apirat Katanyutanon**, Chonburi PPHO
7. Surat Thani Province by **Ms. Wandee Suppawongsanond**, Surat Thani PPHO
8. Phuket Province by **Dr. Tanit Sermkaew**, Phuket PPHO

14.45 – 15.00 Photo Session

The Executives visit exhibition

15.00 – 16.35 Discussion on the Roles and Supports of Each Sector in order to Run Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons: Intermediate Care for Aging Issues (25 Minutes/speaker)

By Dr. Pornpetch Panjapiyakul, Advisor of Health Administration Division, MOPH

Dr. Jakkrit Ngowsiri, Deputy Secretary General, NHSO

Mrs. Praiwan Polwan, Director General, Department of Older Persons, MSDHS

Dr. Kittipong Kerdrit, Director of Local Health Division, Department of Local Administration, MOI or Representative

Moderator: Dr. Prasitchai Mangjit, Secretary of Service Plan Committee in the Field of Palliative and Intermediate Care

- Q&A

Wednesday, August 21, 2019 (Day 2)

09.00 – 10.30 Lecture on "Japan's Medical Insurance and LTC Insurance"

By Mr. Akio Koide, Chief Advisor of S-TOP Project

Lecture on "Japan's IMC and Seamless Care Practice – in the View of Elderly Rehabilitation"

By Ms. Hiroka Yoneda, JICA Expert on Elderly Care and Rehabilitation

- Q&A

10.30 – 12.00 Lecture on Innovation that Helps to Rehabilitate the Development of Dementia Patients and Elderly (Ex. Using Sensible Tab robot which developed by Thai people to train hand and arm muscles through games that are used for the treatment of the patients who have problems in Nervous System, Using sling to support the mobility of the elderly which can control by remote control, Using Multisensory Stimulation Machine for Elderly's Brain Stimulation, Using High Power Laser Therapy Machine to repair damaged cells)

By Dr. Chatchawan Wattanakul, Director of the Elderly Health Promotion and Rehabilitation Center

- Q&A

12.00 – 13.00 Lunch

13.00 – 14.30 Lecture on Innovation of Geriatric and Palliative Care Model in Aging Society

By Dr. Puritat Sangthongpanichkul, Ratchaphiphat HP, BMA

- Q&A

14.30 Closing the Meeting

Remarks: The schedule may be subject to change under certain circumstances

Coffee break will be served in the meeting room at 14.00 – 14.15

21.May.2019

Tentative program for S-TOP Invitation (Japan training program),
"Introduction of the Policy for Seamless care service 2"

DATE	TIME	Program	Venue	Accommodation
25/Aug (Sun)		Arriving in Sapporo		Sapporo
26/Aug (Mon)	AM	Orientation	Hotel / JICA Sapporo	Sapporo
		Lecture on "Prefectural administration for health and medical service and LTC service" and discussion	Hokkaido government	
	PM	Lecture on "Japan's rehabilitation services and it's development" and discussion	Sapporo Keijinkai Rehabilitation hospital(tentative)	
27/Aug (Tue)	AM	Lectures, observation and discussion on *Teine Keijinkai* Hospital (acute hospital)	Teine Keijinkai Hospital	Sapporo
	PM	Lectures, observation and discussion on *Sapporo Keijinkai* Rehabilitation hospital (*Kaihukuki* Rehabilitation hospital)	Sapporo Keijinkai Rehabilitation hospital	
		Review of the day	Hotel / JICA Sapporo	

28/Aug (Wed)	9:00-14:00	Lectures, observation and discussion on XXX hospital (Integrated community care ward)	XXX hospital	Sapporo
	14:00-	Review of the day	Hotel / JICA Sapporo	
29/Aug (Thu)	AM	Lecture, observation and discussion on "Long-Term Care"	Eniwa city	Sapporo
	PM	Lecture, observation and discussion on "Health promotion and prevention"	Eniwa city	
		Orientation for final presentation	Hotel / JICA Sapporo	
30/Aug (Fri)	AM	Observation on "Welfare equipment and assistive devices display hall, Sapporo City Council of Social Welfare"	Welfare equipment and assistive devices display hall, Sapporo City Council of Social Welfare	Sapporo
	PM	Final report presentation and discussion	JICA Sapporo	Sapporo
31/Aug (Sat)		Back to Bangkok		Sapporo

16/Oct./2019

Tentative program: Introduction of intermediate care and seamless care service 2

Date		Programmed	Venue	Accommodation
25. Jan (Sat)		Leave Bangkok		JICA Cachou
26. Jan (Sun)		Arrive in Nagoya		
27. Jan (Mon)	AM	-8:30-10:40 Orientation (JICA Chubu) -10:00-12:00 Medical health check (JICA Chubu)	JICA Chubu	
	PM	-13:00-14:00 Lecture①Program orientation (S-TOP) -14:20-16:00 Self-introduction and Q&A		
28. Jan (Tue)	AM PM	Fujita Medical University hospital -Lecture② Integrated community support center at Toyoake Housing complex -Lecture③ Introduction of rehabilitation in Fujita Medical university hospital and Japan's rehabilitation -Observation① Fujita Medical university hospital (-Q&A session)	Nagoya city	
		-Review of the day (S-TOP)	Not yet	
29. Jan (Wed)	AM PM	Kainan hospital (Acute hospital) Lecture④ General introduction of the hospital Lecture⑤ Rehabilitation on acute phase and cooperation to Recovery phase Lecture⑥ Cooperation system for seamless service Observation② Rehabilitation in acute phase Lecture⑦ Integrated community support center at Kainan hospital and LTC rehabilitation service Observation③ Integrated community support center at Kainan hospital and LTC rehabilitation service	Yatomi city	
		Review on the day (S-TOP)	Not yet	

30. Jan (Thu)	AM	Kaikokai rehabilitation hospital (IMC hospital) 9:00- Lecture⑧ Rehabilitation hospital and its cooperation with acute hospital Lecture⑨ Role of Nurse on Rehabilitation Lecture⑩ Cooperation for discharge support Observation④ Rehabilitation room, wards and so on.	Yatomi city	
	PM	Yatomi city municipality 13:30/14:00- Lecture⑪ Practices on health promotion and prevention in Yatomi city Courtesy call for a mayor		
31.Jan (Fri)	AM	Kamiiida Daiichi hospital (Acute and sub-acute hospital) 9:00-11:30 Lecture ⑫ Rehabilitation in Acute phase and Cooperation in between Acute hospital and Rehabilitation hospital in the urban area Lecture ⑬ Integrated community care ward Observation⑤ Rehabilitation, Integrated community care ward and so on.	Nagoya city	
	PM	Observation⑥ Nagoya social welfare equipment plaza 13:15-14:45	Nagoya city	
		Review of the week, group discussion (S-TOP) 15:00-17:00	JICA Chubu	
1. Feb (Sat)		Day off	Nagoya city	
2. Feb (Sun)	AM	Moving to Saku city from Nagoya city	Saku city	A hotel in Saku
3.Feb (Mon)		Saku city municipality	Saku city	
4.Feb (Tue)		LTC service	Saku city	
5.Feb (Wed)		Home visit medical services on seamless care Practice of rehabilitation at Saku general hospital	Saku city	
6.Feb (Thu)		Kakeyu rehabilitation hospital	Ueda city	
7.Feb (Fri)		Action plan presentation General evaluation on the course Closing ceremony	Saku city	
8.Feb (Sat)		Leave Saku city to Narita international airport Leave Narita international airport to Bangkok		

Technical Online Training for Intermediate Care

16-17 February 2021

Day	Time	Program Contents	Lecturer/Speaker	Organization
Day 1: 16 Feb.	09:30-10:00	Registration	S-TOP	
	10:00-10:40	Opening	DPS, MOPH / DPS, MSDHS / SG, NHSO / CR, JICA Thai / CA, S-TOP	MOPH, MSDHS JICA Thailand
	10:40-11:30	Training Guidance/Introduction	JICA expert	S-TOP
	11:30-13:00	Lunch break		
	13:00-15:00	Lecture: IMC development, practices and future in Japan	Dr. HAMAMURA Akinori Physical Medicine and Rehabilitation Physician	Kokura Rehabilitation Hospital, Fukuoka, Japan
	15:00-15:30	Break		
	15:30-16:30	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. Hamamura		
	16:30-16:45	Wrap up	Representative of participants	Participants
Day 2: 17 Feb.	08:30-08:45	Registration	S-TOP	
	08:45-10:25	Lecture: Practices of Japan's IMC "KAIHUKUKI (recovery-phase) rehabilitation" - team approach and rehabilitation nursing	Ms. AKASAKA Yoshimi Occupational Therapist Ms. IMAI Shiho Professional Certified Nurse Mr. OKI Kazunori Medical Social Worker	Kaikoukai Rehabilitation Hospital, Aichi, Japan
	10:25-10:55	Break		
	10:55-11:35	Lecture: Practices of Japan's IMC "KAIHUKUKI (recovery-phase) rehabilitation" - team approach and rehabilitation nursing (cont.)		
	11:35-12:00	Discussion: Q&A and exchange opinions with Kaikoukai Rehabilitation Hospital		
	12:00-13:00	Lunch Break		
	13:00-14:00	Lecture: Implication on the adjustment of Japan's experience to Thailand	Dr. Piyanuch SAMERWONG Physical Medicine and Rehabilitation Physician	Chonburi Hospital, Chonburi, Thailand
		Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. Piyanuch		
	14:00-14:30	Break		
	14:30-15:30	Lecture: Practices of team approach on medical care - adjustment of living environment at home including application of technology, in Saen Suk, Chonburi	Mr. MARUYAMA Youichi Physical Therapist	Kakeyu Rehabilitation Hospital, Nagano, Japan
	15:30-16:30	Discussion: Q&A and exchange opinions with Mr. Maruyama		
	16:30-16:45	Questionnaire	JICA expert	S-TOP
	16:45-17:00	Closing	Director, HAD	MOPH

2nd Online Training Program

Policy on Long-Term Care and Living Support for Older Adults

24-26 August 2021

Day	Time (Thai Time)	Program Contents	Lecturer/Speaker	Organization
Day 1: 24 Aug.	08:30-09:00	Registration	Participants	
	09:00-09:30	Opening	MOPH / MSDHS / NHSO / JICA Thailand Office / JICA Expert	MOPH / MSDHS / NHSO / JICA
	09:30-10:00	Training Guidance / Introduction	MC / Participants	
	10:00-11:00	Lecture: Policy and practice on long-term care and living support for older adults in Japan	Mr. NAKAMURA Shintaro Senior Advisor on Social Security	JICA HQs, Tokyo, Japan
	11:00-11:20	Break		
	11:20-12:20	Discussion: Q&A and exchange opinions with Mr. NAKAMURA		
	12:20-13:20	Lunch break		
	13:20-14:20	Lecture: Saraburi model for seamless care for older adults	Dr. Prasitchai Mangjit Director	Public Health Regional Office 4/ Kaeng Khoi Hospital, Saraburi, Thailand
	14:20-14:40	Break		
	14:40-15:40	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. Prasitchai		
	15:40-16:00	Wrap up	Participants	
Day 2: 25 Aug.	09:00-09:30	Registration	Participants	
	09:30-10:00	Announcement (if any) / Reflection of the previous day	MC / Participants	
	10:00-11:00	Lecture: COVID-19 infection control in elderly care facilities in Japan	Dr. KUROSU Hitomi Researcher	AMR Research Center, National Institute of Infectious Diseases (NIID)
	11:00-11:20	Break		
	11:20-12:20	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. KUROSU		
	12:20-13:30	Lunch Break		
	13:30-14:30	Lecture: JICA elderly care project in Tambon Saensuk, Chonburi	Dr. TSUKADA Yoshiko Project Manager	Saku University, Nagano, Japan
	14:30-14:50	Break		
	14:50-15:40	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. TSUKADA		
	15:40-16:00	Wrap up	Participants	

Day	Time (Thai Time)	Program Contents	Lecturer/Speaker	Organization
Day 3: 26 Aug.	08:45-09:00	Registration		
	09:00-09:30	Announcement (if any) / Reflection of the previous day	MC / Participants	
	09:30-10:00	Lecture: Operation of Day Care Center in Japan (Video)	Ms. MEHRA Keiko Expert on Elderly care	JICA S-TOP
	10:00-10-30	Discussion: Q&A and exchange opinions with the lecturer		
	10:30-10:50	Break		
	10:50-11:50	Lecture: Operation of Day Care Center in Thailand	Ms. Patcharaporn Thummawut Registered Nurse	Life Quality of the Elderly Development Center, Nonthaburi Municipality
	11:50-13:00	Lunch break		
	13:00-14:00	Discussion: Q&A and exchange opinions with the lecturer		
	14:00-14:50	Lecture: Why do we need Interprofessional Working (IPW)? What kind of IPW is needed?	Dr. HARUTA Junji Associate Professor	Keio University, Tokyo, Japan
	14:50-15:00	Break		
	15:00-15:30	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. HARUTA		
	15:30-15:45	Wrap up/ Questionnaire	Participants	
	15:45-16:00	Closing	Director of HAD	MOPH

3rd Online Training of S-TOP:

Improvement of Seamless Service for older adults - Lesson learned from experience in Thailand and Japan

22 - 24 February 2022 at Amari Don Muang Airport Hotel

Day	Time	Program Contents	Lecturer/Speaker	Organization
Day 1: 22 Feb	08:30-09:00	Registration		
	09:00-09:15	Opening		MOPH, MSDHS and NHSO
			Mr. Takahiro Morita, Mr. Motooki Sakai	JICA Thailand Office, JICA Experts
	09:15-09:30	Training Guidance/ Self-introduction	Participants	JICA S-TOP
	09:30-09:45	Break		
	09:45-11:15	Lecture 1) IMC development, practices and future in Japan	Dr. Akinori Hamamura	Kokura Rehabilitation Hospital
	11:15-11:45	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. Hamamura		
	11:45-12:45	Lunch break		
	12:45-13:45	Lecture 2-1) Self-Management to Prevent Stroke Recurrence	Mr. Tatsuya Hama	Komagane City Council
	13:45-14:45	Discussion: Q&A and exchange opinions with Mr. Hama		
	14:45-15:00	Break		
	15:00-16:00	Lecture 2-2) Stroke case management in Khon Kaen Province, Thailand	Dr. Ratiorn Pornkuna	Khon Kaen Hospital
	16:00-16:30	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. Ratiorn		
Day 2: 23 Feb	08:30-09:00	Registration		
	09:00-10:00	Lecture 3-1) The application of Tele-rehabilitataion under COVID-19 situation	Mr. Masahiko Mukaino	Fujita Health University
	10:00-11:00	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. Mukaino		
	11:00-11:15	Break		
	11:15-11:45	Lecture 3-2) Tele-rehabilitation, experience in Chonburi Province, Thailand	Dr. Piyanuch Samerwong	Chonburi Hospital
	11:45-12:15	Discussion: Q&A and exchange opinions with Dr. Piyanuch		
	12:15-13:15	Lunch break		
	13:15-14:15	Lecture 4) Case studies for a team approach using ICF: General guidance	Ms. Natsumi Asami	Former JICA Senior Volunteer
	14:15-14:30	Break		
	14:30-15:30	Discussion: Q&A and exchange opinions with Ms. Asami		
	15:30-16:00	Group work guidance and preparation	Mr. Samrith Kamroengrith	Industrial Rehabiliation Center Region 3
Day 3: 24 Feb	08:00-08:45	Registration		
	08:45-09:45	Group work: Case studies for a team approach using ICF (1)	Facilitators for 3 groups Dr. Ratiorn Pornkuna Ms. Renu Phawadee Ms. Nongluk Phanphuet Group Work Supervisor Ms. Natsumi Asami Mr. Samrith Kamroengrith	Khon Kaen Hospital Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Ban Phai Hospital Former JICA senior Volunteer Idustrial Rehabilitation Center Region 3
	09:45-10:00	Break		
	10:00-11:00	Group work: Case studies for a team approach using ICF (2)		
	11:00-11:20	Preparation of Group Presentation		
	11:20-12:05	Group Presentation and Q&A		
	12:05-13:05	Lunch break		
	13:05-14:00	Comments from Group Work Supervisor and Facilitators	Facilitators for 3 groups Dr. Ratiorn Pornkuna Ms. Renu Phawadee Ms. Nongluk Phanphuet Group Work Supervisor Ms. Natsumi Asami Mr. Samrith Kamroengrith	Khon Kaen Hospital Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Ban Phai Hospital Former JICA senior Volunteer Idustrial Rehabilitation Center Region 3
	14:00-14:15	Break		
	14:15-14:45	Wrap up for three days		
	14:45-15:00	Questionnaire		
	15:00-15:15	Closing		HAD/MOPH
			Mr. Motooki Sakai	JICA S-TOP

Agenda

National Seminar of the Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP)

On 20 July 2022

Time	Schedule
09.00 – 10.00 hrs.	Report By Permanent Secretary of MOPH or Deputy Permanent Secretary of MOPH (TBC)
	Opening Ceremony and visit the exhibition By Minister of MOPH or Vice Minister of MOPH or Permanent Secretary of MOPH (TBC)
10.00 – 11.30 hrs.	Lecture on The Development of Aging Policies in the Southeast Asian Countries from the Perspective of the China-Korea-Japan Experiences By Dr. Reiko Hayashi, Japanese Lecturer
11.30 – 12.00 hrs.	Lecture on (draft) Policy Recommendation By Mr. Motooki SAKAI, Chief Advisor of S-TOP Project
	Lecture on overall implementation of S-TOP By Ms. Keiko MEHRA, Expert on Elderly Care of S-TOP Project
12.00 – 13.00 hrs.	**Lunch**
13.00 – 16.00 hrs.	Panel discussion to exchange and learn about innovation from 8 pilot sites on 3 topics as follows: • Service Delivery, **Moderator: Dr. Ratiorn Pornkuna** (Referral flow to the community, since post-acute phase) Sites: BMA / Khon Kaen / Nakhon Ratchasima / Chonburi / Surat Thani • Building Care Team, **Moderator: Dr. Piyanuch Samerwong** (Building IMC patient care team at each level, any difficulties and how to solve/fix them) Sites: Chiang Mai / Khon Kaen / Nonthaburi / Phuket • Building Involvement of Relevant Sectors, **Moderator: Dr. Tanyaluck Kwansanit** (Building networks for the implementation of seamless IMC services) Sites: Nakhon Ratchasima / Chonburi / Nonthaburi / Surat Thani

On 21 July 2022

Time	Schedule
08.30 – 09.00 hrs.	Registration
09.00 – 10.00 hrs.	Experience of Intermediate Care in Japan – Wishing for the establishment of "Intermediate Care and Seamless Care System" In Thailand **By** Dr. Akinori HAMAMURA, Honorary President of Kokura Rehabilitation Hospital, KYOWA-Kai
10.00 – 12.00 hrs.	Panel discussion on "Integration of Sectors for Intermediate Care Implementation" **By** Representatives from MOPH, MSDHS, NHSO, and Japanese Expert **Moderator:** Dr. Prasitchai Mangjit, Deputy Director of Public Health Region 4
12.00 – 13.00 hrs.	**Lunch**
13.00 – 15.00 hrs.	Q&A / knowledge exchange
15.00 hrs. onward	Participants travel back safely

seamless health and social services for older persons

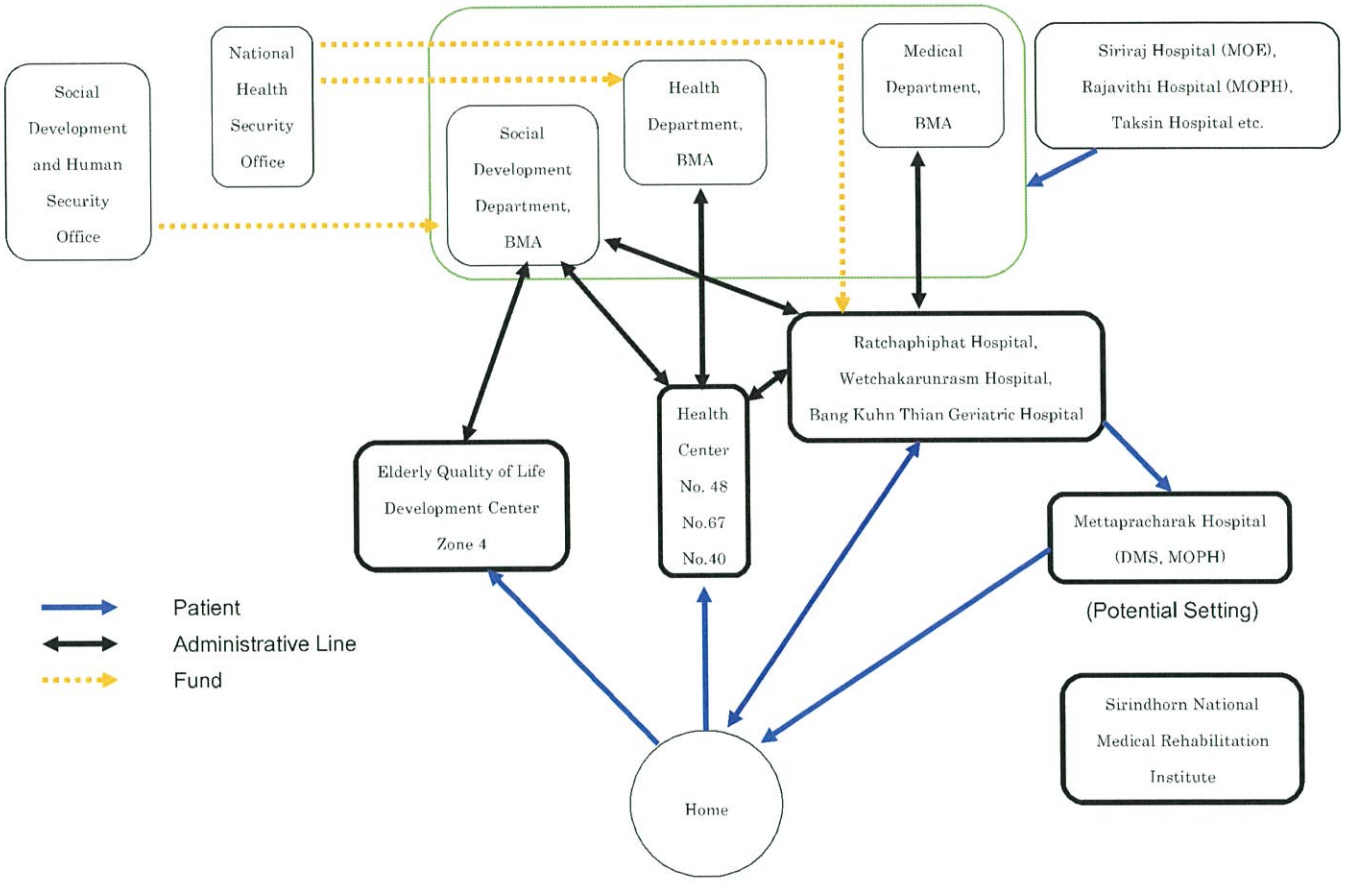
	Times of Day	Contents	Method	Lecturer or person in charge		Venue	Location	Accomodation
				In-charge	Organization			
19-Aug		Travel: Leving from Bangkok (by Air)						On plane
20-Aug	~	Travel: Haneda → Nagoya (By Bus and Shinkansen)			JICA Chubu		Tokyo Aichi	JICA Chubu
21-Aug	~	(Option) Japanese culture experience: Nagoya Castle, Commemorative Museum of Industry and Technology			JICA Chubu	JICA Chubu	Aichi	JICA Chubu
22-Aug	9:00 ~ 10:00	Training guidance	Lecture	S-TOP	S-TOP	JICA Chubu	Aichi	JICA Chubu
	10:00 ~ 12:00	Training briefing	Lecture	JICA Chubu	JICA Chubu			
	13:00 ~ 16:00	Health check-up / ATK test		JICA Chubu	JICA Chubu	Nagoya city medical institution	Aichi	
	16:00 ~ 17:00	Training guidance	Lecture	S-TOP	S-TOP	JICA Chubu	Aichi	
23-Aug	9:00 ~ 10:30	Lecture (1): Introduction of Fujita Health Univeristy's rehabilitation works and overview of Rehabilitation in Japan	Lecture	Yohei Otaka	Fujita Medical University School of Medicine, Rehabilitation Medicine I Professor	Fujita Medical University	Aichi	JICA Chubu
	10:30 ~ 11:30	Visit to Fujita Health University Hospital	Observation	Yohei Otaka	Fujita Medical University School of Medicine, Rehabilitation Medicine I Professor	Fujita Medical University Hospital	Aichi	
	11:30 ~ 12:00	Q & A and exchange of opinions	Discussion	Yohei Otaka	Fujita Medical University School of Medicine, Rehabilitation Medicine I Professor	Fujita Medical University Hospital	Aichi	
	13:30 ~ 15:00	Lecture (2): Outline of the core community care center, medical care cooperation, administrative cooperation, long-term care prevention, life support, housing ideas, local government projects, etc.	Lecture	Akira Isuzuki	Fujita Medical University, Community Comprehensive Care Core Center	Fujita Medical University, Community Comprehensive Care Core Center Toyoake housing complex	Aichi	
	15:00 ~ 15:40	Q & A and exchange of opinions	Discussion	Akira Tsuzuki	Community Comprehensive Care Core Center	Fujita Medical University, Community Comprehensive Care Core Center Toyoake housing complex	Aichi	
	15:40 ~ 16:00	Visit to Toyoake housing complex facilities (Machikado Health Room, Home Medical Care Support Center "Kakehashi")	Observation	Akira Tsuzuki	Community Comprehensive Care Core Center	Fujita Medical University, Community Comprehensive Care Core Center Toyoake housing complex	Aichi	
	~	Reflection of the day		S-TOP	JICA Chubu	JICA Chubu	Aichi	
24-Aug	7:30 ~ 9:30	Transfer (bus): Nagoya City → Mori town, Shizuoka				JICA Chubu	Shizuoka	Hotel Route Inn Shin Fuji Eki Minami
	10:00	Lecure (3):Regional medical collaboration initiatives	Lecture	Masaki Nakamura	Director, Mori-town General Hospital	Mori-town Family Medicine Clinic	Shizuoka	
	12:00	Lecture (4): Initiatives to promote cooperation between home healthcare and long-term care	Lecture	Chiharu Miura	Mori-town Social Welfare Division	Mori-town Family Medicine Clinic	Shizuoka	
	13:00 13:30	Courtesy visit to the Mayor of Mori town		Yasuo Oota	Mori-town Hall	Mori-town Hall	Shizuoka	
	13:30 ~ 15:00	Visit to observe health promotion / care prevention activity in Mori town	Observation	Chiharu Miura	Mori-town	Mori-town Health and Welfare Centre	Shizuoka	
	15:00 ~ 16:00	Lecture (5): Health promotion and care prevention activities	Lecture		Hatate Kogyo Co., Ltd./ Mori-town	Mori-town General Gymnasium	Shizuoka	
		Reflection of the day	Discussion		S-TOP		Shizuoka	

25-Aug	9:30 ~ 11:00	Lecture (6): Overview of Koyama Rehabilitation Hospital	Lecture	Michie Wakabayashi	Koyama Rehabilitation Hospital	Koyama Rehabilitation Hospital	Shizuoka	Hotel Route Inn Shimizu Inter
	11:00 12:00	Lecture (7): Overview of Tsurumainoshiro (Health and nursing care facility for older persons)	Lecture	Shinobu Ueno	Tsurumainoshiro	Koyama Rehabilitation Hospital		
	13:00 ~ 14:00	Visit to the Hospital (Online)	Observation	Michie Wakabayashi	Koyama Rehabilitation Hospital	Koyama Rehabilitation Hospital	Shizuoka	
	14:00 ~ 15:00	Q & A and exchange of opinions	Discussion	Michie Wakabayashi/S-TOP	Koyama Rehabilitation Hospital/S-TOP	Koyama Rehabilitation Hospital	Shizuoka	
	~	Reflection of the day	Discussion		S-TOP		Shizuoka	
26-Aug	9:30 ~ 10:30	Visit to the facilities (Online)	Observation	Shinobu Ueno	Tsurumainoshiro	Koyama Rehabilitation Hospital	Shizuoka	Kuretake Inn Premium Shizuoka Ekimae
	10:30 ~ 12:30	Q & A and exchange of opinions	Discussion	Shinobu Ueno/Michie Wakabayashi/S-TOP	Tsurumainoshiro/Koyama Rehabilitation Hospital	Koyama Rehabilitation Hospital	Shizuoka	
	~	Reflection of the day	Discussion		S-TOP		Shizuoka	
27-Aug	~	Japanese culture experience: Kunozan Toshogu, Miho no Matsubara Travel: Shizuoka → Tokyo (by Bus)	Observation		JICA Chubu	Kunozan Toshogu, Miho no Matsubara	Shizuoka	JICA Tokyo
							Tokyo	JICA Tokyo
28-Aug	~	holiday						
29-Aug	9:00 ~ 10:00	Work for application to policy recommendation (1)	Discussion	S-TOP	S-TOP	JICA Headquarters (113 meeting room)	Tokyo	JICA Tokyo
	10:00 12:00	Discussion: Japan's IHC Development and Future Prospects	Discussion	Akinori Hamamura	Honorary Director of Kokura Rehabilitation Hospital			
	13:00 17:00	Work for application to policy recommendation (2)	Discussion/group work	S-TOP	S-TOP			
30-Aug	10:00 ~ 11:00	Lecture (8): Insurance Bureau: Japan's medical insurance system (including the concept of community-based comprehensive care / medical care cooperation) and efforts related to data utilization on medical care	Lecture	Manako Naohiro	Ministry of Health, Labor and Welfare Health Bureau Medical and Nursing Care Cooperation Policy Division Medical Expenses Optimization Measures Promotion Office Assistant Manager	Ministry of Health, Labor and Welfare (shared 9th meeting room: 17th floor) or JICA headquarters	Tokyo	JICA Tokyo
	11:00 ~ 12:00	Q & A, exchange of opinions	Discussion	Manako Naohiro / S-TOP	Ministry of Health, Labor and Welfare Health Bureau Medical and Nursing Care Cooperation Policy Division Medical Expenses Optimization Measures Promotion Office Assistant Manager / S-TOP	Ministry of Health, Labor and Welfare (shared 9th meeting room: 17th floor)	Tokyo	
	13:00 ~ 14:30	Lecture (9): Health and Welfare Bureau: Japanese long-term care insurance system (including the concept of comprehensive community care) and scientific long-term care	Lecture	Hiroshi Sasaki	Assistant Manager, Health and Welfare Division, Health and Welfare Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare	Ministry of Health, Labor and Welfare (shared 23rd meeting room: 18th floor)	Tokyo	
	14:30 ~ 15:30	Q & A, exchange of opinions	Discussion	Hiroshi Sasaki/ S-TOP	Assistant Manager, Health Division, Health and Welfare Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare / S-TOP	Ministry of Health, Labor and Welfare (shared 23rd meeting room: 18th floor)	Tokyo	
	15:30 ~ 17:00	Work for application to policy recommendation (3)	Discussion/group work	S-TOP	JICA Headquarters / S-TOP	JICA Headquarters (113 meeting room)	Tokyo	
31-Aug	9:00 ~ 10:00	Application to policy proposals (3), presentation preparation		S-TOP	S-TOP	JICA Headquarters (113 meeting room)	Tokyo	JICA Tokyo
	11:00 ~ 12:00	Policy proposal presentation by participants		S-TOP	Ministry of Health, Labor and Welfare / JICA Headquarters / S-TOP	JICA Headquarters (113 meeting room)	Tokyo	
	12:00 ~ 13:00	Meeting to exhange opinions / closing ceremony		S-TOP	Ministry of Health, Labor and Welfare / JICA Headquarters / S-TOP	JICA Headquarters (113 meeting room)	Tokyo	
1-Sep	~	Travel: Haneda (Narita) → Bangkok						

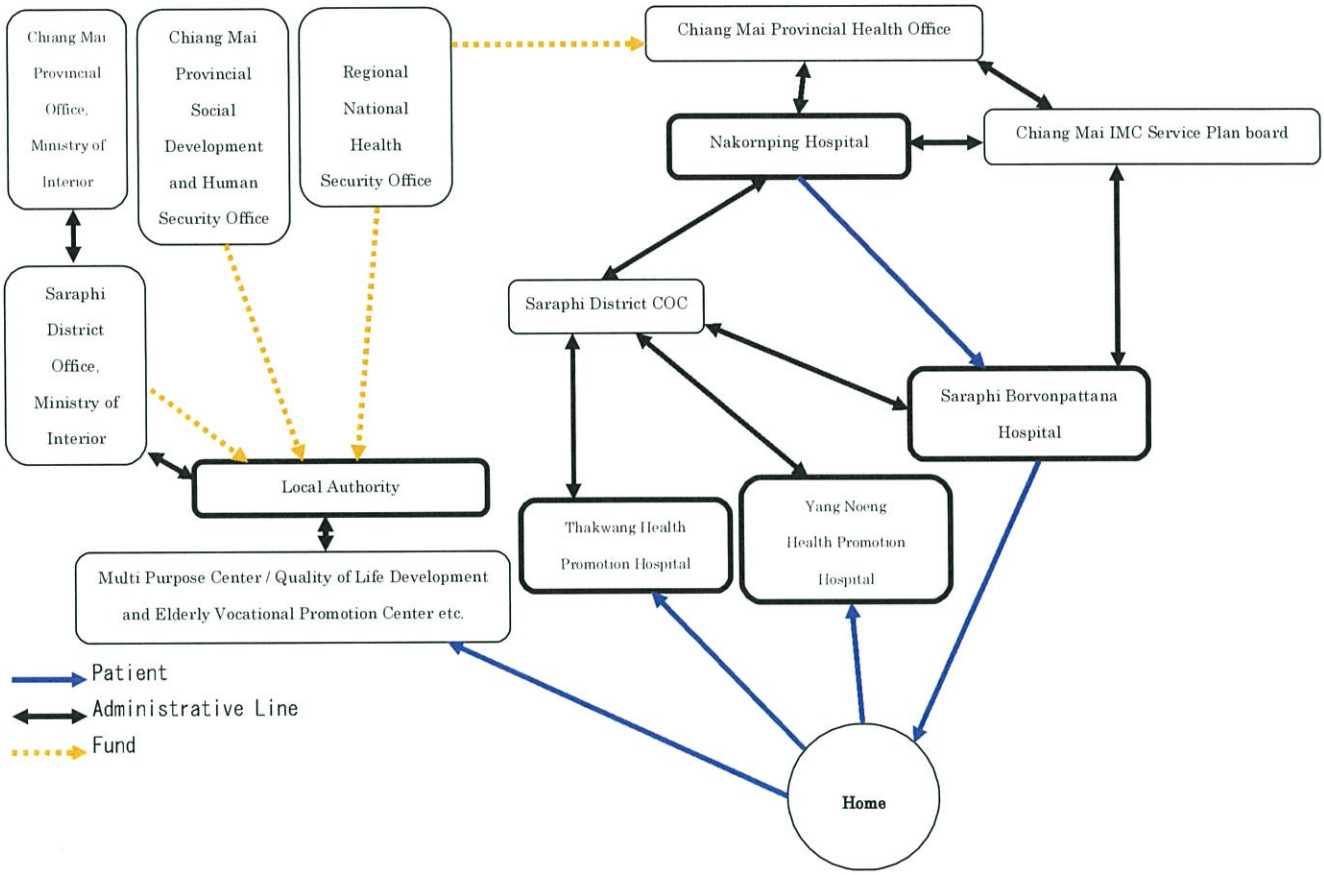
Training	Course	Date	Venue	No. of Participants
1	Japan Training: Intermediate care and Seamless care training	15–26 January 2019	Nagoya&Saku	15
2	Japan Training: Introduction of the Policy for Seamless Care Service Program	17-23 February 2019	Hokkaido	12
3	Invitation (Japan Training Program) on Introduction of the Policy for Seamless Care Services 2	25-31 August 2019	Hokkaido&Supporo	12
4	Japan Training: Introduction of Intermediate Care and Seamless Care Services 2	25 January-8 February 2020	Nagoya&Saku	15
5	Technical Online Training for Intermediate Care	16-17 February 2021	Richmond Hotel, Nonthaburi and Zoom Meeting Program	32
6	2nd Online Training: Policy on Long-Term Care and Living Support for Older Adults	24-26 August 2021	by Zoom webinar	24
7	3rd Online Training: Improvement of Seamless Service for Older Adults- Lesson learned from experience in Thailand and Japan	22-24 February 2022	at Amari Don Mueng Airport Hotel	22
8	Japan Training: Policy training for sustainable provision of seamless health and social services for older persons	19 August - 1 September 2022	Nagoya & Shizuoka	17

Bangkok Pilot Site Map (Form 1: Stakeholder map)

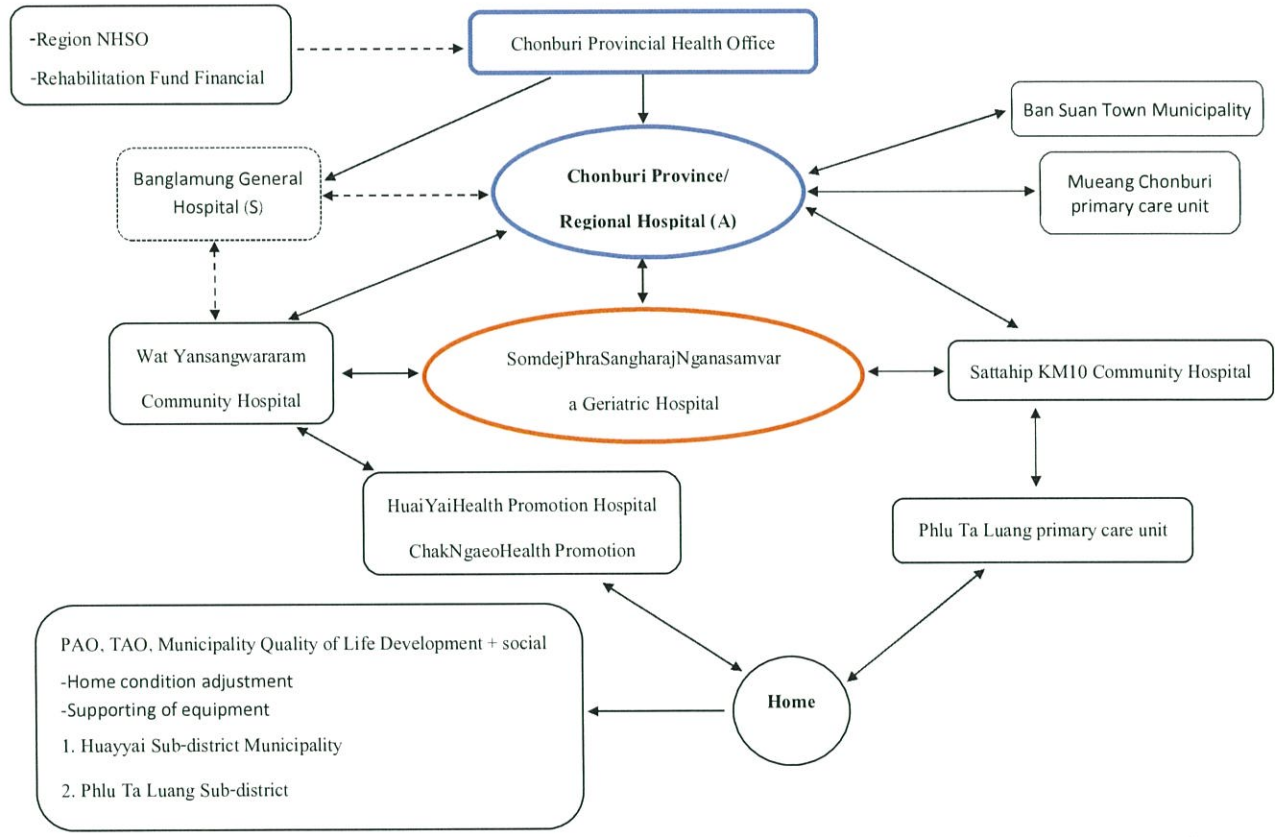
28 December 2020



Chiang Mai Province Pilot Site Map (Form 1: Stakeholder map)

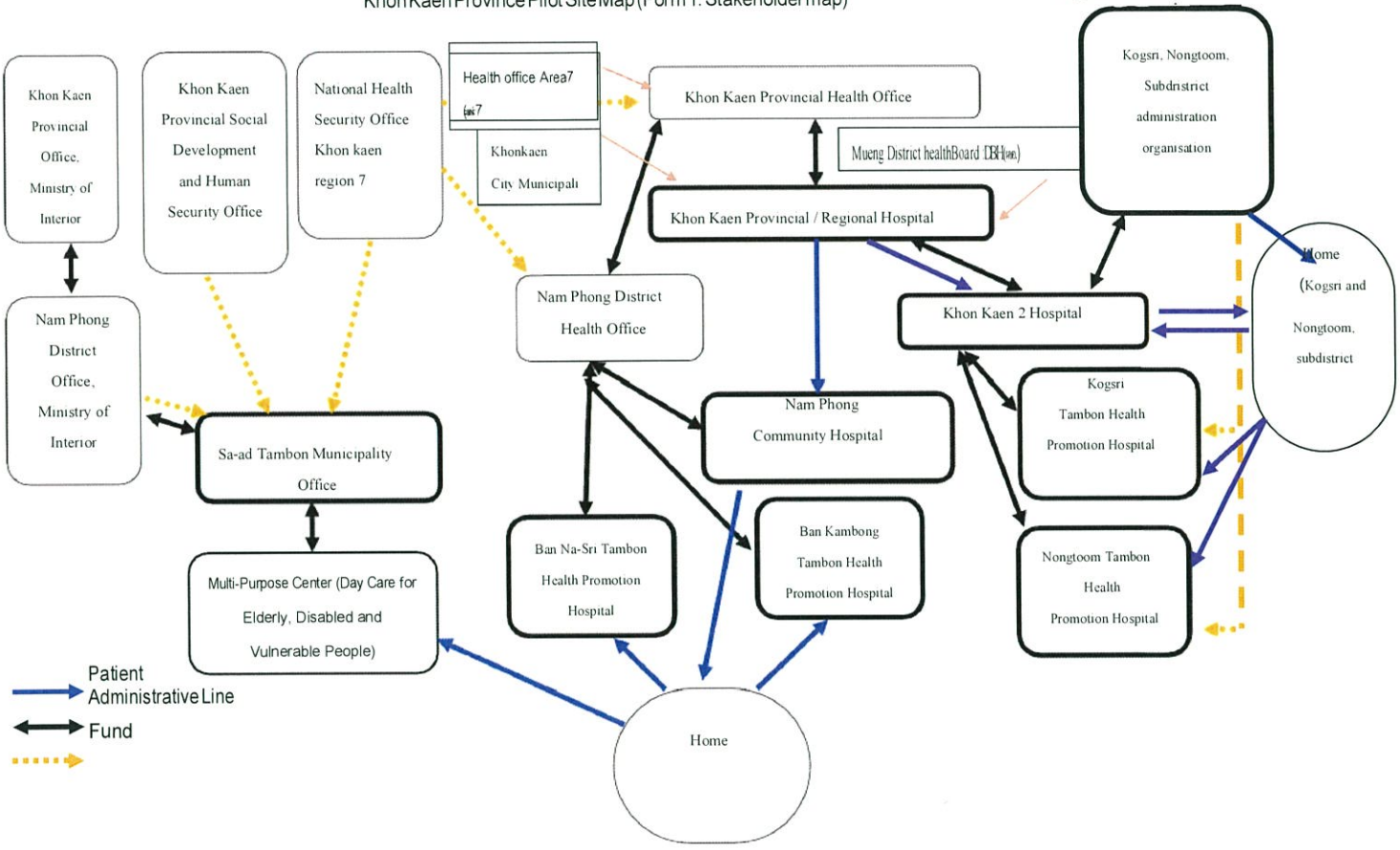


Chonburi Pilot Site Map (Form1: Stakeholder map)

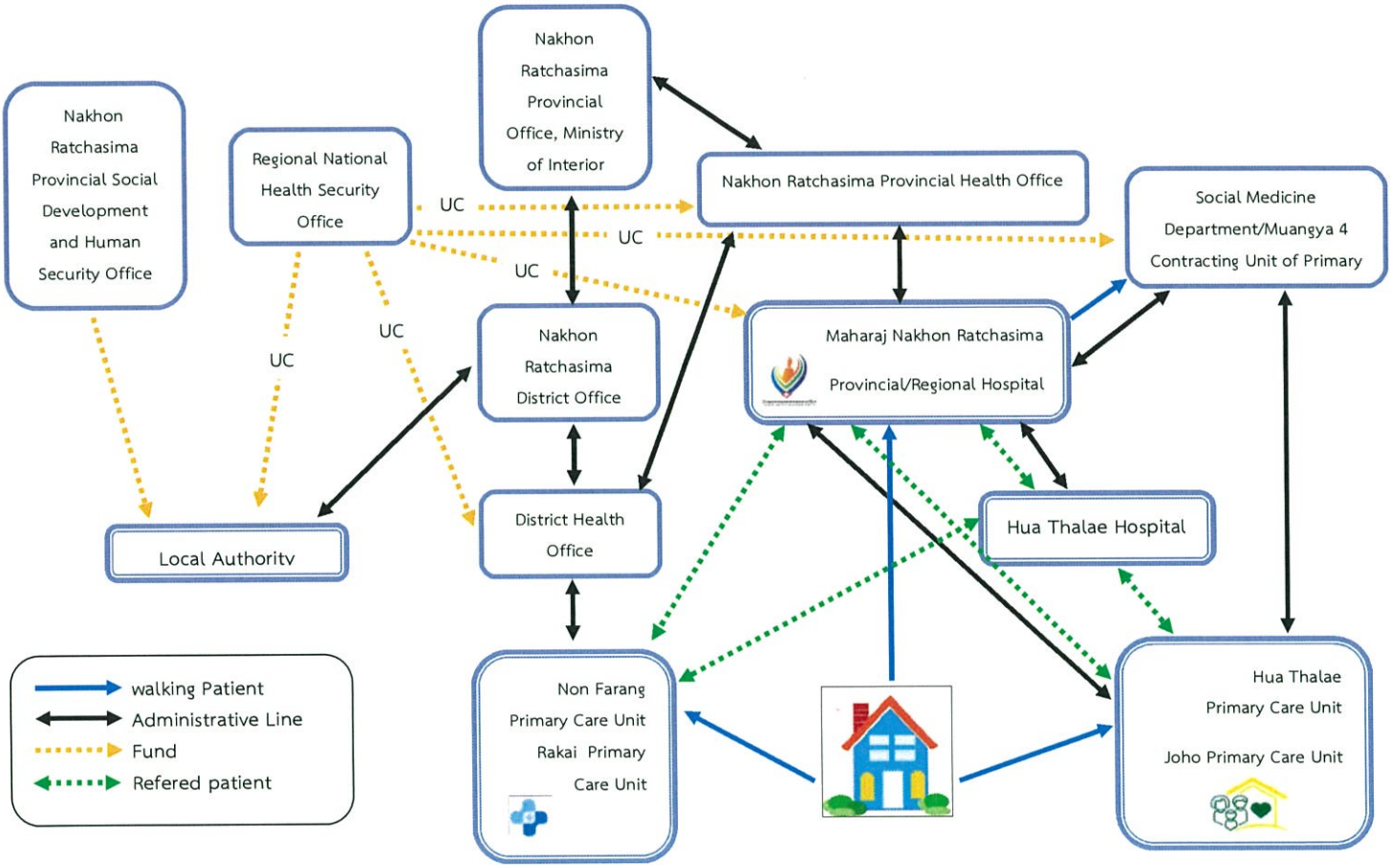


Update 2020

Khon Kaen Province Pilot Site Map (Form 1: Stakeholder map)

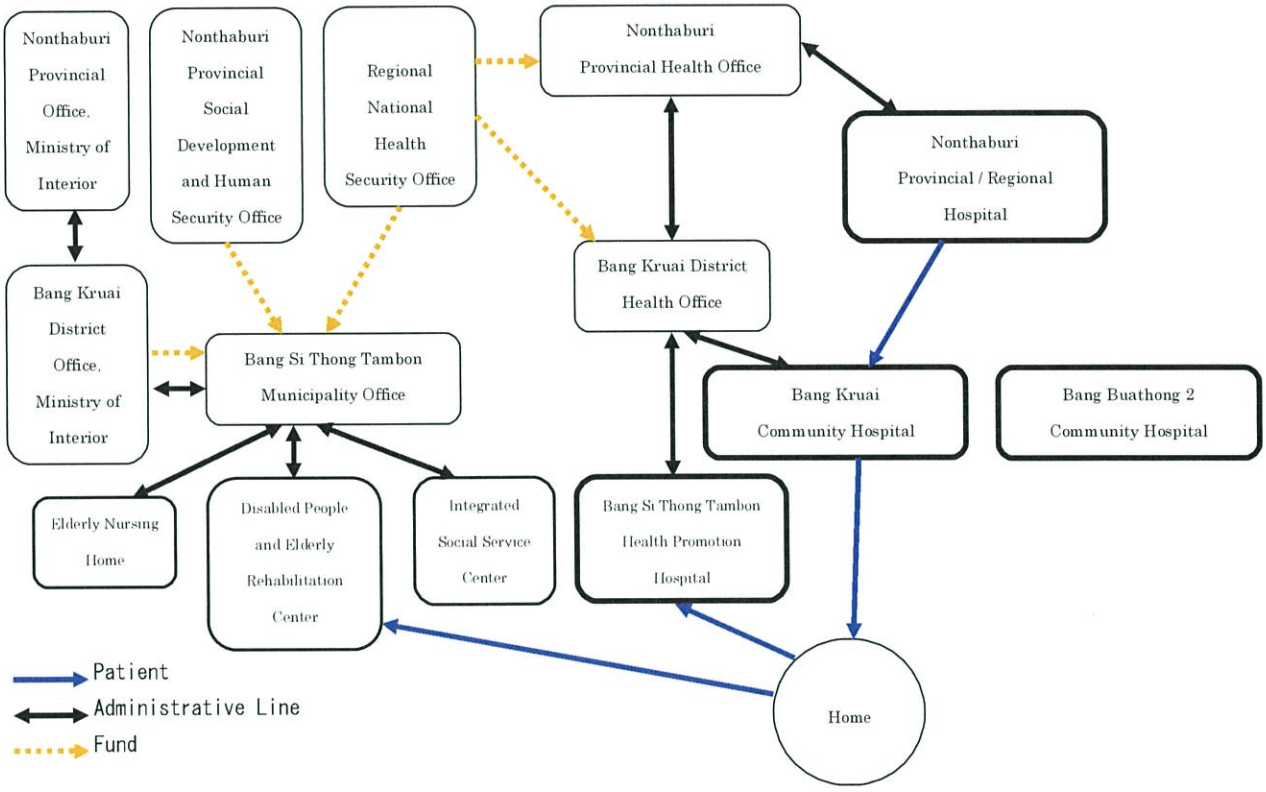


Nakhon Ratchasima Province Pilot Site Map (From 1 : Stakeholder map) **Update 2020**



Bang Si Thong

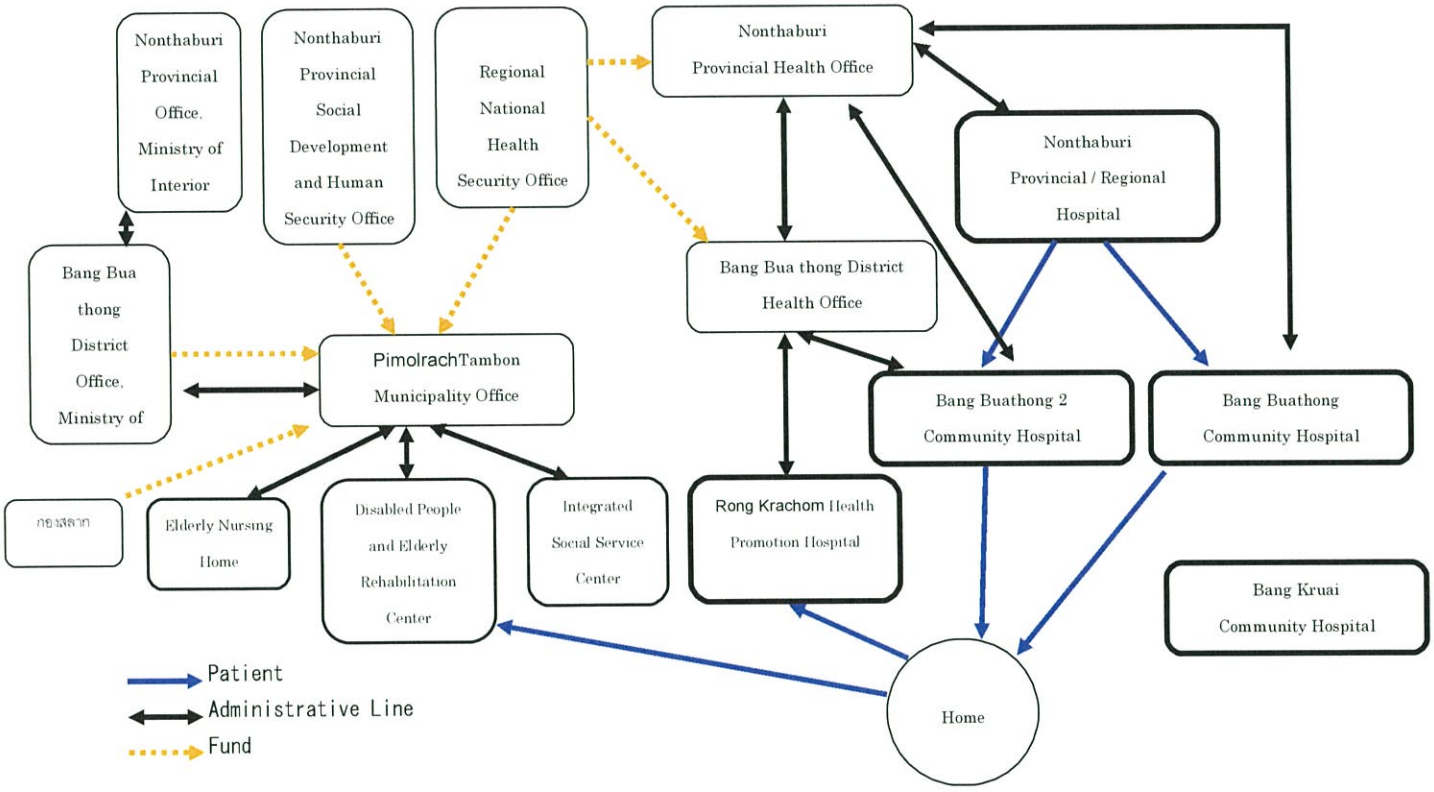
Nonthaburi Province Pilot Site Map (Form 1: Stakeholder map)



Pimolrach

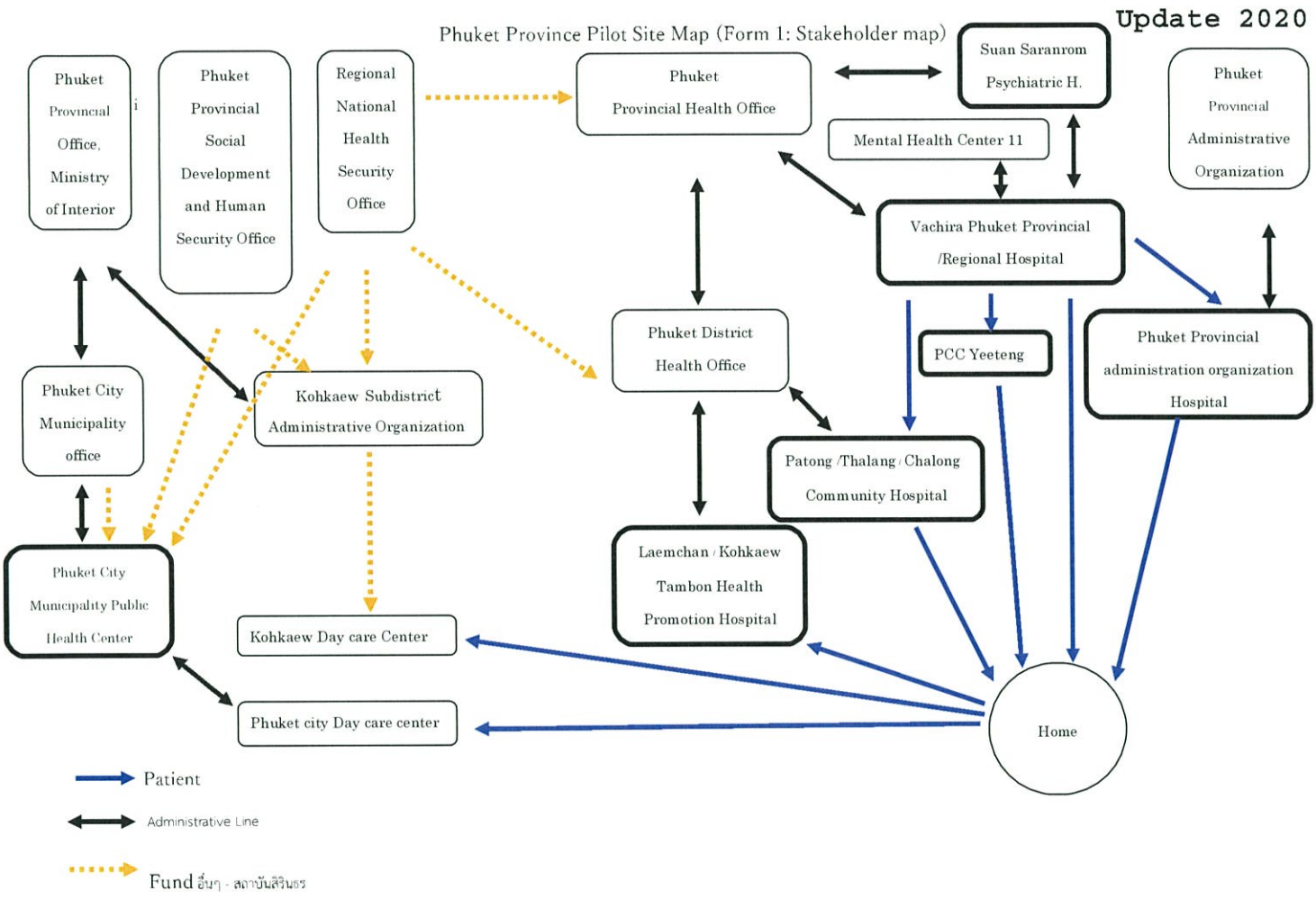
Nonthaburi Province Pilot Site Map (Form 1: Stakeholder map)

Update 2020



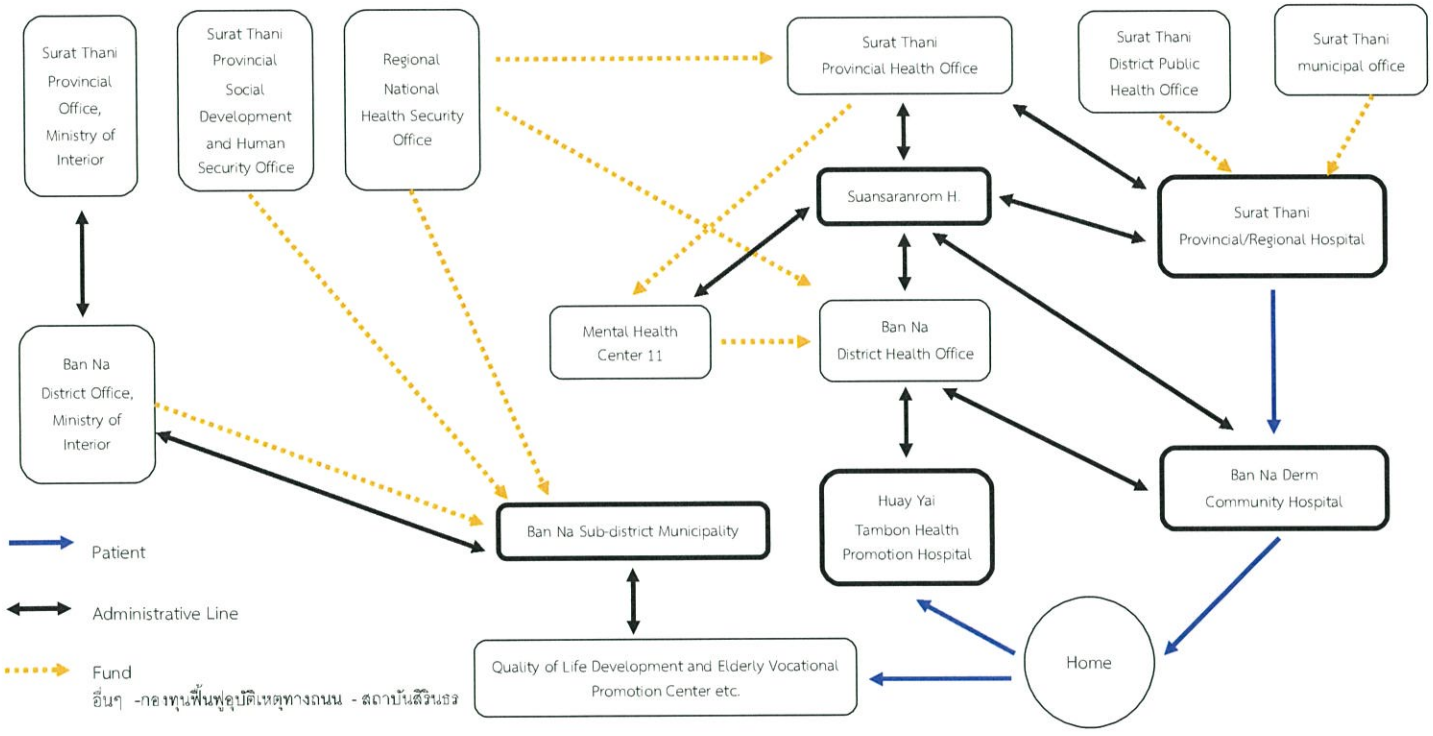
Phuket Province Pilot Site Map (Form 1: Stakeholder map)

Update 2020



Surat Thani Province Pilot Site Map (Form 1: Stakeholder Map)

Update 2020



[Enter Latest Data until 30 Sep 2017]
[กรอกข้อมูลล่าสุดถึง 30 ก.ย. 2560]

Medical Service Provider (Form 2-1: Fact Sheet)
ผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ฟอร์ม 2-1: แผ่นข้อมูล)

Name of the Hospital ชื่อโรงพยาบาล			Example: Regional/ Greneral/ Provincial, Community, Tambon ตัวอย่าง: ภูมิภาค/ ทั่วไป/ จังหวัด, ชุมชน, ตำบล
		Regional / General / Provincial / Community / Tambon Health Promotion Hospital ภูมิภาค / ทั่วไป / จังหวัด / ชุมชน / รพ.สต.	*Make circle *วงกลม
S-TOP Site Category ประเภทพื้นที่โครงการ S-TOP			*Fill-in by Project *กรอกข้อมูลตามโครงการ
Location ที่ตั้ง	Province จังหวัด		
	District อำเภอ		
	Sub-District ตำบล		
General Information ข้อมูลทั่วไป	Population ประชากร ①		Example: Province / District / Sub-District ตัวอย่าง: จังหวัด / อำเภอ / ตำบล
	Population of Elderly ประชากรผู้สูงอายุ ②		
	Elderly Ratio สัดส่วนผู้สูงอายุ （②／①）		
	Population of Frail Elderly ประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง (<ADL11)		
Organization องค์กร	Jurisdiction / Affiliation ขอบเขตอำนาจ / การเกี่ยวเนื่อง		Example: MOPH, DMS (MOPH), BMA, Municipality ตัวอย่าง: กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, กทม., เทศบาล
	Hospital Level ระดับโรงพยาบาล	A / S / M1 / M2 / F1 / F2 / F3 / Newly Established Community Hospital A / S / M1 / M2 / F1 / F2 / F3 / โรงพยาบาลชุมชนที่จัดตั้งขึ้นใหม่	*Make circle *วงกลม
Facilities สิ่งอำนวยความสะดวก	Total Number of Beds จำนวนเตียงทั้งหมด	Beds เตียง	Example: 500 beds ตัวอย่าง: 500 เตียง
	Bed Occupancy Rate อัตราการครองเตียง	%	Example: 93.5% ตัวอย่าง: 93.5%
	ผู้ป่วยใน Patients / 1 year ผู้ป่วย ผู้ป่วยใน / 1 ปี		Example: 10,000 patients ตัวอย่าง: ผู้ป่วย 10,000 คน
	ผู้ป่วยนอก Patients / 1 year ผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก / 1 ปี		Example: 50,000 patients ตัวอย่าง: ผู้ป่วย 50,000 คน
	ICU (Acute) Ward / Unit (Beds) หอผู้ป่วย ICU (เฉียบพลัน) / หน่วย (เตียง)		Example: Stroke Unit: 23 beds (Intensive 8, Stepdown 15) or Neurological Ward: 16 beds (Neuro 8, Trauma 8) ตัวอย่าง: หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง: 23 เตียง (Intensive 8, Stepdown 15) หรือ หอผู้ป่วยระบบประสาท: 16 เตียง (Neuro 8, Trauma 8)
	Bed Occupancy Rate อัตราการครองเตียง	%	Example: 93.5 % ตัวอย่าง: 93.5 %

	Avarege Period of Stay ระยะเวลาพักเฉลี่ย	Stroke โรคหลอดเลือดสมอง	days วัน	Example: 7-10 days ตัวอย่าง: 7-10 วัน
		TBI สมองบาดเจ็บ	days วัน	Example: 7-10 days ตัวอย่าง: 7-10 วัน
		SCI บาดเจ็บไขสันหลัง	days วัน	Example: 7-10 days ตัวอย่าง: 7-10 วัน
Facilities สิ่งอำนวยความสะดวก	Rehabilitative Services การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ			Example: Proactive PT Service, Swallowing Training by OT & Nurse, Patients in Muang District can receive ผู้ป่วยนอก or Home Visit ตัวอย่าง: บริการกายภาพบำบัดเชิงรุก, การฝึกการกลืน โดย นักกิจกรรมบำบัดและพยาบาล, ผู้ป่วยในอำเภอเมืองได้รับ ผู้ป่วยนอก หรือ การเยี่ยมที่บ้าน
	Remarks หมายเหตุ			Example: largest Unit in Thailand, Top cause of Neuro Cases are from accidents ตัวอย่าง: หน่วยที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย, สาเหตุหลักของกรณีสมองบาดเจ็บมาจากอุบัติเหตุ
	Rehabilitation Ward/Unit (Beds) หอผู้ป่วยฟื้นฟู/หน่วย (เตียง)			Example: 10 beds (BOR: 91.1%) or Not available ตัวอย่าง: 10 เตียง (อัตราการครองเตียง 91.1%) หรือ ไม่มี
	Intermediate Care Ward/Unit (Beds) หอผู้ป่วยระยะกลาง/หน่วย (เตียง)			Example: Intermediate Care: 2 beds, Intermediate Care Ward: 5-10 beds ตัวอย่าง: การดูแลระยะกลาง: 2 เตียง, หอผู้ป่วยการดูแลระยะกลาง: 5-10 เตียง
	Avarege Period of Stay ระยะเวลาพักเฉลี่ย	Stroke โรคหลอดเลือดสมอง	days วัน	Example: Intermediate Care beds patient: 5 days consultation and rehabilitation by Doctor, Case Manager Nurse and PT; Intermediate Care Ward patient: 4 months consultation and rehabilitation by Case Manager Nurse and PT ตัวอย่าง: ป่วยเตียงการดูแลระยะกลาง: 5 วัน การปรึกษาหารือและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดย แพทย์, พยาบาลผู้จัดการกรณี; ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยการดูแลระยะกลาง: 4 เดือน การปรึกษาหารือและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดย หมอ, พยาบาลผู้จัดการกรณี และนักกายภาพบำบัด
		TBI สมองบาดเจ็บ	days วัน	
		SCI บาดเจ็บไขสันหลัง	days วัน	
	Structure of Intermediate Care Operation Team โครงสร้างของกลุ่มการดำเนินงานด้านการดูแลระยะกลาง			Example: Multi Disciplinary Team (Doctor, Nurse, PT, OT, etc.) ตัวอย่าง: ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, นักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด, ฯลฯ)
	Other Target Disease โรคเป้าหมายอื่นๆ			Example: Hip Fracture (>50 years old) ตัวอย่าง: กระดูกสะโพกหัก (>50 ปี)
	Medical Rehabilitation Services บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์			Example: Physical Therapy Unit, etc. ตัวอย่าง: หน่วยกายภาพบำบัด ฯลฯ
	Remarks หมายเหตุ			Example: Excellence Center in Newborn, Heart Disease, Cancer, Accident and Organ Transplantation, Medical School ตัวอย่าง: ศูนย์ความเป็นเลิศในเรื่องทารกแรกเกิด, โรคหัวใจ, โรคมะเร็ง, อุบัติเหตุและการปลูกถ่ายอวัยวะ, โรงเรียนแพทย์
		Total ทั้งหมด		Example: 100 ตัวอย่าง: 100
		Neurologist ประสาทแพทย์		Example: 10 ตัวอย่าง: 10

Human Resources **ทรัพยากรมนุษย์**	Physician **แพทย์**	Neurosurgeon **ประสาทศัลยแพทย์**		Example: 5 **ตัวอย่าง**: 5
		Anesthesiologist **วิสัญญีแพทย์**		Example: 4 **ตัวอย่าง**: 4
		Radiologist **แพทย์รังสีวิทยา**		Example: 4 **ตัวอย่าง**: 4
		PM&R Doctor **แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู**		Example: 4 **ตัวอย่าง**: 4
		General Practitioner **แพทย์รักษาโรคทั่วไป**		Example: 4 **ตัวอย่าง**: 4
	Dentist **ทันตแพทย์**			Example: 2 **ตัวอย่าง**: 2
Human Resources **ทรัพยากรมนุษย์**	Registered Nurse **พยาบาลวิชาชีพ**	Total **ทั้งหมด**		Example: 150 **ตัวอย่าง**: 150
		Rehabilitation Nurse **พยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ**		Example: 25 **ตัวอย่าง**: 25
		Care Manager **ผู้จัดการการดูแล**		Example: 25 **ตัวอย่าง**: 25
	Pharmacist **เภสัชกร**			Example: 2 **ตัวอย่าง**: 2
	Physical Therapist **นักกายภาพบำบัด**			Example: 6 (Including 2 Neuro PTs) **ตัวอย่าง**: 6 (**รวมทั้ง นักกายภาพบำบัดทางสมอง 2 คน**)
	Occupational Therapist **นักกิจกรรมบำบัด**			Example: 3 (Actual 4, 1 is studying Doctor Course) **ตัวอย่าง**: 3 (**จริงๆ 4 คน, 1 คนกำลังศึกษาวิชาการแพทย์**)
	Speech Language Hearing Therapist **นักแก้ไขการพูด**			Example: 2 **ตัวอย่าง**: 2
	Prosthetist / Orthotist **นักกายอุปกรณ์**			Example: 2 **ตัวอย่าง**: 2
	PO Technician **ช่างกายอุปกรณ์**			Example: 2 **ตัวอย่าง**: 2
	Medical Technologist **นักเทคโนโลยีการแพทย์**			Example: 2 **ตัวอย่าง**: 2
	Thai Traditional Medicine Therapist / Doctor **นักบำบัดโรคแผนไทย / แพทย์**			Example: 2 **ตัวอย่าง**: 2
	Nutritionist **นักโภชนากร**			Example: 2 **ตัวอย่าง**: 2
	Psychiatrist **นักจิตแพทย์**			Example: 3 **ตัวอย่าง**: 3
	Public Health Officer **เจ้าหน้าที่สาธารณสุข**			Example: 3 **ตัวอย่าง**: 3
	Administrator Officer **เจ้าหน้าที่ธุรการ**			Example: 4 **ตัวอย่าง**: 4

Human Resources ทรัพยากรมนุษย์	Medical Record Officer เจ้าหน้าที่บันทึกทางการแพทย์			Example: 5 ตัวอย่าง: 5
	Public Relations Officer เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์			Example: 2 ตัวอย่าง: 2
	Social Worker นักสังคมสงเคราะห์			Example: 2 ตัวอย่าง: 2
	Nurse Assistant / Aid ผู้ช่วยพยาบาล / พนักงานช่วยการพยาบาล			Example: 2 ตัวอย่าง: 2
	PT Assistant ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด			Example: 2 ตัวอย่าง: 2
	OT Assistant ผู้ช่วยนักกิจกรรมบำบัด			Example: 2 ตัวอย่าง: 2
	Thai Traditional Medicine Assistant ผู้ช่วยนักบำบัดโรคแผนไทย			Example: 2 ตัวอย่าง: 2
	Patient Assistant ผู้ช่วยผู้ป่วย			Example: 3 ตัวอย่าง: 3
	Driver คนขับรถ			Example: 11 ตัวอย่าง: 11
	Others อื่นๆ			Example: 8 ตัวอย่าง: 8
Other Human Resources ทรัพยากรมนุษย์อื่นๆ	Health Care Volunteer อาสาสมัครสาธารณสุข			Example: 50 ตัวอย่าง: 50
	Care Giver (MOPH 70 hours Training etc.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข 70 ชั่วโมงการอบรม ฯลฯ)			Example: 15 ตัวอย่าง: 15
Operation การดำเนินงาน	Referral System ระบบส่งต่อ	Thai Refer		Example: 162 cases ตัวอย่าง: 162 กรณี
		Thai COC		Example: 154 cases ตัวอย่าง: 154 กรณี
	IPD Services Structure โครงสร้างบริการผู้ป่วยใน			Example: Doctor, Nurse etc. ตัวอย่าง: แพทย์, พยาบาล ฯลฯ
	OPD Services Structure โครงสร้างบริการผู้ป่วยนอก			Example: Doctor, Nurse etc. ตัวอย่าง: แพทย์, พยาบาล ฯลฯ
	Outreach / Home Visit Services บริการภายนอก / เยี่ยมบ้าน	Structure โครงสร้าง		Example: Doctor, Nurse etc. ตัวอย่าง: แพทย์, พยาบาล ฯลฯ
		Frequency ความถี่		
		Number of Patients จำนวนผู้ป่วย		

[Enter Latest Data until 30 Sep 2017]
[กรอกข้อมูลล่าสุดถึง 30 ก.ย. 2560]

Social Service (Non-medical Service) Provider (Form 2-2: Fact Sheet)
ผู้ให้บริการทางสังคม (ไม่ใช่ทางการแพทย์) (ฟอร์ม 2-2: แผ่นข้อมูล)

Name of Local Authority ชื่อของเจ้าหน้าที่เทศบาล				Example: Tessaban Tambol Municipality or others ตัวอย่าง: เทศบาลตำบล หรืออื่นๆ
S-TOP Site Category ประเภทพื้นที่โครงการ S-TOP				*Fill-in by Project *กรอกข้อมูลตามโครงการ
Location ที่ตั้ง	Province จังหวัด			
	District อำเภอ			
	Sub-District ตำบล			
General Information ข้อมูลทั่วไป	Population ประชากร ①			
	Population of Elderly ประชากรผู้สูงอายุ ②			
	Elderly Ratio สัดส่วนผู้สูงอายุ（②／①）		%	
	Population of Frail Elderly ประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง (<ADL11)			
Human Resources ทรัพยากรมนุษย์	Administration การบริหาร	Total number of Staff (Municipality) จำนวนทั้งหมดของพนักงาน (เทศบาล)		Example: 80 ตัวอย่าง: 80
		Name of Division / Section in charge of Social Service ชื่อของ แผนก / ส่วน ที่ดูแลการบริการทางสังคม		Example: Office of Secretary ตัวอย่าง: สำนักงานเลขานุการ
		Number of Staff in charge of Social Services จำนวนของพนักงานที่ดูแลการบริการทางสังคม		Example: 8 ตัวอย่าง: 8
		Number of Social Development Officer จำนวนของเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม		Example: 2, Assistant 2 ตัวอย่าง: 2, ผู้ช่วย 2
	Service Provision การให้บริการ	Care Manager (MOPH Training etc.) ผู้จัดการการดูแล (การอบรมของกระทรวงสาธารณสุข [illegible])		Example: 5 ตัวอย่าง: 5
		Care Giver (MOPH 70 hours Training etc.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (การอบรมของกระทรวงสาธารณสุข70 ชั่วโมง ฯลฯ)		Example: 20 ตัวอย่าง: 20
		Social Volunteer อาสาสมัครด้านสังคม		Example: 35 ตัวอย่าง: 35
		Elderly Care Volunteer อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ		Example: 45 ตัวอย่าง: 45
		Others อื่นๆ		Example: 1 Driver for Van ตัวอย่าง: 1 คนขับรถตู้
Other Human Resources ทรัพยากรมนุษย์อื่นๆ	Service Provision การให้บริการ	Elderly Club (Number of members) ชมรมผู้สูงอายุ (จำนวนสมาชิก)		Example: 50 ตัวอย่าง: 50
		Youth Club (Number of members) ชมรมเยาวชน (จำนวนสมาชิก)		Example: 25 ตัวอย่าง: 25

[Enter Latest Data until 30 Sep 2017]
[กรอกข้อมูลล่าสุดถึง 30 ก.ย. 2560]

Social Service (Non-medical Service) Provider (Form 2-2: Fact Sheet)
ผู้ให้บริการทางสังคม (ไม่ใช่ทางการแพทย์) (ฟอร์ม 2-2: แผ่นข้อมูล)

Facilities สิ่งอำนวยความสะดวก	Name of the Facility ชื่อของสิ่งอำนวยความสะดวก			Example: Tambon (Sub-district) Quality of Life Development and Elderly Vocational Promotion Center / Elderly Care Center ตัวอย่าง: ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุระดับตำบล / ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
	Physical Therapy Equipments / Materials อุปกรณ์ / วัสดุ กายภาพบำบัด			Example: Number of Beds for Rehab, Parallel Bar etc. ตัวอย่าง: จำนวนเตียงเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ, ราวคู่ขนานฝึกเดิน, ฯลฯ
	Occupational Therapy Equipments / Materials อุปกรณ์ / วัสดุ กิจกรรมบำบัด			ตัวอย่าง:
	Bathroom ห้องอาบน้ำ			Example: Toilet with Hand rail, Flat Floor, Sliding Door ตัวอย่าง: ห้องน้ำพร้อมราวจับมือ, พื้นเรียบ, ประตูเลื่อน
	Approach to the Building การเข้าถึงอาคาร			Example: No gap, or Slope with Handrail ตัวอย่าง: ไม่มีช่องว่าง, หรือ ลาดพร้อมราวจับ
	Other Remarkable Facilities สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆที่โดดเด่น			Example: Automatic Lift installed Van ตัวอย่าง: ลิฟท์อัตโนมัติติดตั้งในรถตู้
	Remarks หมายเหตุ			Example: Model Center of MSDHS ตัวอย่าง: รูปแบบศูนย์ของกระทรวง พม.
Services บริการ	In Facility Rehabilitation Services สิ่งอำนวยความสะดวกภายในในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	Structure โครงสร้าง		Example: Staffing ตัวอย่าง: พนักงาน
		Opening Days วันทำการ		Example: Monday - Friday ตัวอย่าง: วันจันทร์ - วันศุกร์
		Openning Hours เวลาทำการ		Example: 10:00-12:00, 13:00-15:00 ตัวอย่าง: 10:00-12:00, 13:00-15:00
		Average number of Users (Frail Elderly) จำนวนผู้รับบริการโดยเฉลี่ย (ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง)	persons per day คน ต่อ วัน	
		Pick up Service บริการรับ-ส่ง	Available / Not Available ให้บริการ / ไม่มีบริการ	*Make circle *วงกลม
		Type of Vehicle ประเภทของยานพาหนะ		Example: Automatic Lift installed Van ตัวอย่าง: ลิฟท์อัตโนมัติติดตั้งในรถตู้
		Contents of Services องค์ประกอบของการบริการ		Example: 1 time 45 minutes of PT/OT rehabilitstion or others ตัวอย่าง: 1 ครั้ง 45 นาทีของ การฟื้นฟูสมรรถภาพของนักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด หรืออื่นๆ

[Enter Latest Data until 30 Sep 2017]
[กรอกข้อมูลล่าสุดถึง 30 ก.ย. 2560]

Social Service (Non-medical Service) Provider (Form 2-2: Fact Sheet)
ผู้ให้บริการทางสังคม (ไม่ใช่ทางการแพทย์) (ฟอร์ม 2-2: แผ่นข้อมูล)

Services บริการ	Outreach / Home Visit Services บริการภายนอก / เยี่ยมบ้าน	Structure โครงสร้าง		Example: Staffing ตัวอย่าง: พนักงาน
		Number of Target Patients / Elderly จำนวนของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย / ผู้สูงอายุ	persons คน	Example: How many patients? ตัวอย่าง: จำนวนผู้ป่วย?
		Average Frequency of Providing Service to Patient (Per month) ความถี่โดยเฉลี่ยของการให้บริการแก่ผู้ป่วย (ต่อเดือน)	times per month ครั้งต่อเดือน	Example: How many times to visit 1 patient in 1 month? ตัวอย่าง: กี่ครั้งที่จะเยี่ยมผู้ป่วย 1 คน ใน 1 เดือน?
		Contents of Services องค์ประกอบของการบริการ		Example: Massage, Daily living support etc. ตัวอย่าง: นวด, การสนับสนุนชีวิตรายวัน, ฯลฯ

Form3. EXAMPLE ฟอร์ม 3. ตัวอย่าง

【Situation analysis, Goal and Indicator setting Sheet】 [เอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์, การตั้งเป้าหมาย และการกำหนดตัวชี้วัด]

*Choose one

Health Region ภาคสาธารณสุข	Site name ชื่อพื้นที่โครงการ	Acute hospital / Community hospital / Tambon health promotion hospital / Social Service provider *เลือกหนึ่งข้อ โรงพยาบาลระยะเฉียบพลัน / โรงพยาบาลชุมชน / รพ.สต. / ผู้ให้บริการทางสังคม	Organization name ชื่อองค์กร	Date วันที่
				DD/MM/YYYY วว/ดด/ปปปป

Mission in your area ภารกิจในพื้นที่

	Stakeholders ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
*What kind of model you will develop? / Feature of your model? *รูปแบบไหนที่ต้องการจะพัฒนา? / ลักษณะของรูปแบบ? E.g.: "Longer/Shorter Hospital based intensive IC and community based post-intensive IC" "Focusing on participation of patient and family during whole the phase seamlessly" "Focusing on information sharing between acute hospital-community hospital and community hospital-community" "Focusing on team rehabilitation with the active participation of patient and family", "Early intervention from social service provider side" ตัวอย่าง: "การดูแลระยะกลางที่เข้มข้นในโรงพยาบาลแบบยาว/สั้น และการดูแลระยะกลางในชุมชนหลังการดูแลระยะกลางแบบเข้มข้น" "มุ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งระยะแบบไร้รอยต่อ" "มุ่งเน้นที่การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลระยะเฉียบพลัน-โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลชุมชน-ชุมชน" "มุ่งเน้นที่ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นของผู้ป่วยและครอบครัว" "การมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจากฝั่งผู้ให้บริการทางสังคม"	(Focal point- Position- Organization) (ผู้ประสานงานหลัก – ตำแหน่ง – องค์กร)

Situation analysis การวิเคราะห์สถานการณ์

	Category (Modified WHO 6 building block by MOPH) หมวด (ดัดแปลงจาก 6 เสาหลักของ องค์การอนามัยโลก โดยกระทรวงสาธารณสุข)	Situation Analysis * *Fact⇒Analysis⇒Challenges* การวิเคราะห์สถานการณ์ * *ข้อมูล⇒การวิเคราะห์⇒ความท้าทาย*	Possible/ Existing Indicator ความเป็นไปได้/ ตัวชี้วัดที่มีอยู่	Goal *what needs to develop a model in your area เป้าหมาย *อะไรที่จำเป็นในการพัฒนารูปแบบในพื้นที่	Set KPI (KPI: performance on process) ตั้งค่า KPI (KPI: ประสิทธิภาพในกระบวนการ) [KPI = ดัชนีชี้วัดผลงาน]
1	Service delivery การส่งมอบบริการ	E.g. 1-1. IC service (Hospital-based intensive rehabilitation) 1-1-1. IC unit number, IC	E.g.: 1-1-1. IC BOR, 1-1-2. Rehab.hours/D, length of the stay,	*Some challenges identified in situation analysis are direct to one goal.	Example 1-1-1. Increase IC BOR by *95%* 1-1-2. Rehab. *6hours/D*, 1-1-3. More than *2 times* of case

		BOR 1-1-2. Input on IC patients by hospital 1-1-3. Team rehabilsitation 1-1-4. Patient centered approach 1-1-5. Situation of outcome of IC patients 1-2. Seamless care service E.g. ✓ Existing service and resource ✓ OPD/home visit rehabilitation ✓ Day care rehabilitation ✓ Transition from hospital-based IC-community based IC *Negative points = Challenges, find solutions Positive points = Resource, promoting ตัวอย่าง 1.1 บริการการดูแลระยะกลาง (การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เข้มข้นในโรงพยาบาล) 1-1-1. เลขหน่วยการดูแลระยะกลาง, อัตราครองเตียงของการดูแลระยะกลาง 1-1-2. สิ่งที่ให้ในผู้ป่วยการดูแลระยะกลางโดยโรงพยาบาล 1-1-3. ทีมการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1-1-4. การเข้าถึงแบบผู้ป่วยเป็นกลาง 1-1-5. สถานการณ์ของผลจากผู้ป่วยการดูแลระยะกลาง 1-2. บริการการดูแลแบบไร้รอยต่อ ตัวอย่าง ✓ บริการและทรัพยากรที่มีอยู่	1-1-3. Frequency of case conference 1-1-4. Informed consent 1-1-5. ADL and QOL, patient-satisfaction 1-2. ✓ Discharge plan ✓ Case conference before discharge ✓ Information sharing after discharge ✓ Relationship with hospitals/social service providers ✓ Re-admission rate after XX months/days ✓ Outcome on effectiveness and efficiency of Seamless care ตัวอย่าง 1-1-1. อัตราครองเตียงของการดูแลระยะกลาง 1-1-2. ชั่วโมงของการฟื้นฟูสมรรถภาพ/วัน, ระยะเวลาการอยู่ 1-1-3. ความถี่ของการประชุมกรณี 1-1-4. ความยินยอม 1-1-5. ความสามารถในการดาเนินชีวิตประจาวัน (ADL) และ คุณภาพชีวิต (QOL), ความพึงพอใจของผู้ป่วย 1-2. ✓ แผนการจำหน่าย ✓ การประชุมกรณีก่อนการจำหน่าย ✓ แลกเปลี่ยนข้อมูลหลังการ	*ความท้าทายบางส่วนที่ระบุในการวิเคราะห์สถานการณ์จะตรงไปยังเป้าหมายหนึ่งอย่าง	conference /patient, 1-1-4. Patient satisfaction, *90% of IC patients* have informed consent 1-1-5. Increase *BI 25 score* (ADL), Increase *SF-36 XX score QOL* ตัวอย่าง 1-1-1. เพิ่มอัตราครองเตียงของการดูแลระยะกลาง เป็น *95%* 1-1-2. ฟื้นฟูสมรรถภาพ *6ชั่วโมง/วัน* 1-1-3. มากกว่า *2 ครั้ง* สำหรับการประชุมกรณี/ผู้ป่วย 1-1-4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย, *90% ของผู้ป่วยระยะกลาง* มีความยินยอม 1-1-5. เพิ่ม *BI 25 คะแนน* (ความสามารถในการดาเนินชีวิตประจาวัน - ADL), เพิ่ม *SF-36 XX คะแนนคุณภาพชีวิต (QOL)*

		✓ ผู้ป่วยนอก/การเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ✓ ฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ดูแล ✓ การเปลี่ยนแปลงจาก การดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาล – การดูแลระยะกลางที่ชุมชน *ข้อเสีย = ความท้าทาย, หาแนวทางแก้ไข ข้อดี = ทรัพยากร, การส่งเสริม	จำหน่าย ✓ ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาล/ผู้ให้บริการทางสังคม ✓ อัตราการการกลับเข้ามารักษาซ้ำ หลัง XX เดือน/วัน ✓ ผลของประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแลแบบไร้รอยต่อ		
2	Health workforce บุคลากรทางการแพทย์	E.g. IC committee, Rehabilitation work force (quantity and quality), Allocation of work force, Role of each work force, work force diagram of IC and seamless care in each hospital and/or local authority *provide a diagram/map of as an appendix if need Communication with medical service and social service ตัวอย่าง: คณะกรรมการการดูแลระยะกลาง, บุคลากรการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ปริมาณและคุณภาพ), การจัดสรรของบุคลากร, บทบาทของแต่ละบุคลากร, แผนภาพบุคลากรของการดูแลระยะกลางและการดูแลแบบไร้รอยต่อ ในแต่ละโรงพยาบาล และ/หรือ เจ้าหน้าที่เทศบาล *ถ้าต้องการแนบ แผนภาพ/แผนผัง เป็นภาคผนวกได้ การสื่อสารกับบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม			
3	Referral information system ระบบข้อมูลการส่งต่อ	E.g. Database of IC patients, referral system (Thai refer/PRM referral/ Thai COC?) ตัวอย่าง: ฐานข้อมูลของผู้ป่วยระยะกลาง, ระบบการส่งต่อ (Thai refer/PRM referral/ Thai COC?)			

4	Forming revenue and cost data การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน	E.g. IC unit cost, revenue and cost of hospital/social service provider, cost supported by NHSO, MOPH, MSDHS, local fund, patients' pocket and hospital's expenditure itself ตัวอย่าง: ราคาหน่วยการฟื้นฟูสมรรถภาพ, รายได้และราคาของโรงพยาบาล/ผู้ให้บริการทางสังคม, ค่าใช้จ่ายสนับสนุนโดย สปสช. กระทรวง สธ., กระทรวง พม., กองทุนท้องถิ่น, เงินของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเอง			
5	Involvement of Patient and family การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ	E.g. Patients and family's acceptability of staying in community hospital, motivation, education of FCG etc. ตัวอย่าง: ผู้ป่วยและการยอมรับของครอบครัวในการอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน, แรงจูงใจ, การศึกษาของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ฯลฯ			
6	Others *if needed อื่นๆ *ถ้าจำเป็น	E.g.: Transportation, accessibility ตัวอย่าง: การขนส่ง, การเข้าถึง			

Form 4 ฟอร์ม 4

[Activity plan and Progress report sheet_version *MM,YYYY*]*Quarterly [เอกสารแผนการดำเนินกิจกรรมลายงานความคืบหน้า ณ ดด,ปปปป] *ทุกสามเดือน

Health Region ภาคสาธารณสุข	Site name ชื่อพื้นที่โครงการ	*Choose one Acute hospital / Community hospital Tanbon health promotion hospital / Social Service provider **เลือกหนึ่งข้อ* โรงพยาบาลระยะเฉียบพลัน / โรงพยาบาลชุมชน / รพ.สต. / ผู้ให้บริการทางสังคม	Organization name ชื่อองค์กร	Date วันที่
				DD/MM/YYYY วว/ดด/ปปปป

	Category (Modified WHO 6 building block by MOPH) หมวด (ดัดแปลงจาก 6 เสาหลักขององค์การอนามัยโลก โดยกระทรวงสาธารณสุข)	Activity *What needs to be done to achieve long-term goal/mid-term goal กิจกรรม *สิ่งที่จำเป็นต้องทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระยะยาว/เป้าหมายระยะกลาง	Progress report on activity รายงานความคืบหน้าของกิจกรรม	Remarks /Goal of Next quarter หมายเหตุ/เป้าหมายของสามเดือนถัดไป	Mid-term Goal /Achievement of mid-term goal เป้าหมายระยะกลาง/ความสำเร็จของเป้าหมายระยะกลาง
1	Service delivery การส่งมอบบริการ	Eg. Input on IC patients by hospital, Team rehabilitation, Patient centered approach, Follow the situation of outcome of IC patients ตัวอย่าง: สิ่งที่ให้ในผู้ป่วยการดูแลระยะกลางโดยโรงพยาบาล, ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ, ตามสถานการณ์ของผลลัพธ์จากผู้ป่วยการดูแลระยะกลาง			
2	Health workforce บุคลากรทางการแพทย์	Eg. Training on Nurse, PT and OT etc… Increasing the number of workforce, etc. ตัวอย่าง: การฝึกอบรมพยาบาล, นักกายภาพบำบัด และ นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ... การเพิ่มจำนวนของบุคลากร ฯลฯ			

3	Referral information system ระบบข้อมูลการส่งต่อ	Eg. Uniform the referral information system within the area, etc. ตัวอย่าง: ทำให้ระบบข้อมูลการส่งต่อภายในพื้นที่ให้เป็นหนึ่งเดียว, ฯลฯ			
4	Forming revenue and cost data การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน	Eg. Revenue and cost data ตัวอย่าง: ข้อมูลรายได้และต้นทุน			
5	Involvement of Patient and family การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ	Eg. Awareness campaign, etc. ตัวอย่าง: รณรงค์สร้างความตระหนัก, ฯลฯ			
6	Others *if needed อื่นๆ *ถ้าต้องการ				

Other remarkable issues related to S-TOP ประเด็นอื่นที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับโครงการ S-TOP

Comment from MOPH ข้อคิดเห็นจาก กระทรวงสาธารณสุข	Comment from NHSO ข้อคิดเห็นจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	Comment from MSDHS ข้อคิดเห็นจาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	Comment from S-TOP ข้อคิดเห็นจาก โครงการ S-TOP

Project Design Matrix

Project Title: Project on seamless health and social services provision for elderly persons Version 0

Implementing Agency: Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, and National Health Security Office Dated 11 May, 2017

Target Group: Government officias concerned, Health and social service providers in pilot sites, Elderly persons and their famility members in pilot sites

Period of Project: From September 2017 to August 2022 (5 years) (tentative)

Project Site: Nationwide of Thailand **Pilot Site: To be selected after initiation of the project**

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumption	Achievement	Remarks
Overall Goal					
Developed models in the Project are utilized nationwide.	Government's programmes to promote the developed models are implemented at XX sites.	Reports of relevant organizations	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Project Purpose					
Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for elderly persons.	1. Documents of models and reccomendation to expand them are reflected in goverrtment's programmes 2. More than XX% of attendants to the seminar for sharing models answer that developed models are useful.	1. Record of the meeing with the relevant organizations 2. Questionnaire at the end of the seminar	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Outputs					
1. For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.	1-1. Summerized result is documented. 1-2. XX% of attendants to the seminar for sharing identified issues agreed that those issues are important to improve their activities.	1-1. Monitoring sheet 1-2. Questionnaire at the end of the seminar	Personnels at each pilot site are properly assigned and not decreased suddenly.		
2. Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.	2-1. Working plan and results of experimentations with evidence at each pilot sites are documented. 2-2. 1 or 2 options of pilot activities are proposed at each site.	2-1. Monitoring sheet 2-2. Monitoring sheet			
3. Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.	3-1. Developed reccomendations are shared with more than XX relevant organizations.	Monitoring sheet			

Activities	Inputs		Important Assumption
	The Japanese Side	**The Thai Side**	
1-1. Conduct assessment on policies, regulations and programs at the central level. 1-2. Select pilot sites based on appropriate criteria. 1-3. Organize committees at each site by concerned organizations. 1-4. Conduct assessment on the situation of service provision at each site. 1-5. Analyze the situation, and identify gaps to be filled at each site. 1-6. Summarize the result. 2-1. Based on the result of output 1, gain the ideas to fill the gaps identified at each pilot site. 2-2. Draft a plan to realize the ideas gained in activity 2-1. 2-3. Experiment the plan at each pilot site. 2-4. Monitor the experimentation and evaluate the results. 2-5. Finalize experimentation plans as models 2-6. Document models gained in activity 2-5 with evidence. 3-1. Discuss the models and how to expand them nationwide. 3-2. Document recommendations on models and necessary actions for expanding them nationwide. 3-3. Submit recommendations to the relevant organizations.	1. Long term experts (a) Chief Advisor (b) Project coordinator (c) Rehabilitation / Elderly care 2. Short term experts (a) Rehabilitation (b) Community-based integrated care system (c) Health policy (d) Geriatrics and so on. 3. Training in Japan (a) Health / elderly policy (b) System for community-based integrated care 4. Cost to conduct seminars (shared with Thai side) 5. Other necessary cost for operation of the pilot projects	1. Project Director 2. Project Manager 3. Project counterparts 4. Project office room, meeting room and assistants to JICA expert 5. Cost to conduct seminars (shared with Japanese side) 6. Cost for operation of the pilot projects (including human resources cost and administrative cost for the operation of pilot activities) 7. Cost to conduct in-country training	**Pre-Conditions** MOPH, MSDHS and NHSO fully inform related ministries and organizations on the Project and their expected roles within the Project. **<Issues and countermesures>**

Project Design Matrix

Project Title: Project on seamless health and social services provision for elderly persons Version 1.1

Implementing Agency: Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, and National Health Security Office Dated 8th June, 2018

Target Group: Government officias concerned, Health and social service providers in pilot sites, Elderly persons and their famility members in pilot sites

Period of Project: From November 2017 to October 2022 (5 years)

Project Site: Nationwide of Thailand **Pilot Site: Chiang Mai, Khon Kean, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, Bangkok, Chonburi, Surat Thani**

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumption	Achievement	Remarks
Overall Goal					
Developed models in the Project are utilized nationwide.	1. Government's programmes to promote the developed models are implemented at XX sites.	Reports of relevant organizations	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Project Purpose					
Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for elderly persons.	1. Documents of models and reccomendation to expand them are reflected in goverrntment's programmes 2. More than 80% of attendants to the seminar for sharing models answer that developed models are useful.	1. Record of the meeing with the relevant organizations 2. Questionnaire at the end of the seminar	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Outputs					
1. For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.	1-1. Summerized result is documented. 1-2. 80% of attendants to the seminar for sharing identified issues agreed that those issues are important to improve their activities.	1-1. Monitoring sheet 1-2. Questionnaire at the end of the seminar		Pilot site has been confirmed and approved at JCC in June. Meanwhile, the project has been gathering the information about IC and seamless care at central government level and sites level.	
2. Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.	2-1. Working plan and results of experimentations with evidence at each pilot sites are documented. 2-2. 1 or 2 options of pilot activities are proposed at each site.	2-1. Monitoring sheet 2-2. Monitoring sheet			
3. Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.	3-1. Developed reccomendations are shared with more than XX relevant organizations.	Monitoring sheet			

Activities	Inputs		Important Assumption
	The Japanese Side	**The Thai Side**	
1-1. Conduct assessment on policies, regulations and programs at the central level. 1-2. Select pilot sites based on appropriate criteria. 1-3. Organize committees at each site by concerned organizations. 1-4. Conduct assessment on the situation of service provision at each site. 1-5. Analyze the situation, and identify gaps to be filled at each site. 1-6. Summarize the result. 2-1. Based on the result of output 1, gain the ideas to fill the gaps identified at each pilot site. 2-2. Draft a plan to realize the ideas gained in activity 2-1. 2-3. Experiment the plan at each pilot site. 2-4. Monitor the experimentation and evaluate the results. 2-5. Finalize experimentation plans as models 2-6. Document models gained in activity 2-5 with evidence. 3-1. Discuss the models and how to expand them nationwide. 3-2. Document recommendations on models and necessary actions for expanding them nationwide. 3-3. Submit recommendations to the relevant organizations.	1. Long term experts (a) Chief Advisor (b) Project coordinator (c) Rehabilitation / Elderly care 2. Short term experts (a) Rehabilitation (b) Community-based integrated care system (c) Health policy (d) Geriatrics and so on. 3. Training in Japan (a) Health / elderly policy (b) System for community-based integrated care 4. Cost to conduct seminars (shared with Thai side) 5. Other necessary cost for operation of the pilot projects	1. Project Director 2. Project Manager 3. Project counterparts 4. Project office room, meeting room and assistants to JICA expert 5. Cost to conduct seminars (shared with Japanese side) 6. Cost for operation of the pilot projects (including human resources cost and administrative cost for the operation of pilot activities) 7. Cost to conduct in-country training	**Pre-Conditions** MOPH, MSDHS and NHSO fully inform related ministries and organizations on the Project and their expected roles within the Project. **<Issues and countermesures>**

Project Design Matrix

Project Title: Project on seamless health and social services provision for elderly persons Version 2.0

Implementing Agency: Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, and National Health Security Office Dated 29 March, 2019

Target Group: Government officias concerned, Health and social service providers in pilot sites, Elderly persons and their famility members in pilot sites

Period of Project: From November 2017 to October 2022 (5 years)

Project Site: Nationwide of Thailand **Pilot Site: Chiang Mai, Khon Kean, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, Bangkok, Chonburi, Surat Thani, Phuket**

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumption	Achievement	Remarks
Overall Goal					
Developed models in the Project are utilized nationwide.	1. Government's programmes to promote the developed models are implemented at XX sites.	Reports of relevant organizations	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Project Purpose					
Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for elderly persons.	1. Documents of models and reccomendation to expand them are reflected in goverrtment's programmes 2. More than 80% of attendants to the seminar for sharing models answer that developed models are useful.	1. Record of the meeing with the relevant organizations 2. Questionnaire at the end of the seminar	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Outputs					
1. For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.	1-1. Summerized result is documented. 1-2. 80% of attendants to the seminar for sharing identified issues agreed that those issues are important to improve their activities.	1-1. Monitoring sheet 1-2. Questionnaire at the end of the seminar		1-1. Document for summary of result was made. ("Results & Reports on Kick-Off Meeting in S-TOP Pilot Sites") 1-2. 100% of the participants agreed with the sahred identical issues and 93.75% of the participants answered they understood the contents of the seminar of IMC, LTC and its importance.	
2. Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.	2-1. Working plan and results of experimentations with evidence at each pilot sites are documented. 2-2. 1 or 2 options of pilot activities are proposed at each site.	2-1. Monitoring sheet 2-2. Monitoring sheet		2-1. Activity plans in each site have been on the process of making. These will complete by and approved at the 2nd JCC which will be held in the end of March 2019	
3. Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.	3-1. Developed reccomendations are shared with more than XX relevant organizations.	Monitoring sheet			

Activities	Inputs		Important Assumption
	The Japanese Side	**The Thai Side**	
1-1. Conduct assessment on policies, regulations and programs at the central level. 1-2. Select pilot sites based on appropriate criteria. 1-3. Organize committees at each site by concerned organizations. 1-4. Conduct assessment on the situation of service provision at each site. 1-5. Analyze the situation, and identify gaps to be filled at each site. 1-6. Summarize the result. 2-1. Based on the result of output 1, gain the ideas to fill the gaps identified at each pilot site. 2-2. Draft a plan to realize the ideas gained in activity 2-1. 2-3. Experiment the plan at each pilot site. 2-4. Monitor the experimentation and evaluate the results. 2-5. Finalize experimentation plans as models 2-6. Document models gained in activity 2-5 with evidence. 3-1. Discuss the models and how to expand them nationwide. 3-2. Document recommendations on models and necessary actions for expanding them nationwide. 3-3. Submit recommendations to the relevant organizations.	1. Long term experts (a) Chief Advisor (b) Project coordinator (c) Rehabilitation / Elderly care 2. Short term experts (a) Rehabilitation (b) Community-based integrated care system (c) Health policy (d) Geriatrics and so on. 3. Training in Japan (a) Health / elderly policy (b) System for community-based integrated care 4. Cost to conduct seminars (shared with Thai side) 5. Other necessary cost for operation of the pilot projects	1. Project Director 2. Project Manager 3. Project counterparts 4. Project office room, meeting room and assistants to JICA expert 5. Cost to conduct seminars (shared with Japanese side) 6. Cost for operation of the pilot projects (including human resources cost and administrative cost for the operation of pilot activities) 7. Cost to conduct in-country training	**Pre-Conditions** MOPH, MSDHS and NHSO fully inform related ministries and organizations on the Project and their expected roles within the Project. **<Issues and countermesures>**

Project Design Matrix

Project Title: Project on seamless health and social services provision for elderly persons Version 3.0

Implementing Agency: Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, and National Health Security Office 28 December, 2020

Target Group: Government officias concerned, Health and social service providers in pilot sites, Elderly persons and their famility members in pilot sites

Period of Project: From November 2017 to October 2022 (5 years)

Project Site: Nationwide of Thailand **Pilot Site: Chiang Mai, Khon Kean, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, Bangkok, Chonburi, Surat Thani, Phuket**

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumption	Achievement	Remarks
Overall Goal Developed models in the Project are utilized nationwide.	1. Government's programmes to promote the developed models are implemented at XX sites.	Reports of relevant organizations	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Project Purpose Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for elderly persons.	1. Documents of models and reccomendation to expand them are reflected in goverrntment's programmes 2. More than 80% of attendants to the seminar for sharing models answer that developed models are useful.	1. Record of the meeing with the relevant organizations 2. Questionnaire at the end of the seminar	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Outputs					
1. For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.	1-1. Summerized result is documented. 1-2. 80% of attendants to the seminar for sharing identified issues agreed that those issues are important to improve their activities.	1-1. Monitoring sheet 1-2. Questionnaire at the end of the seminar		1-1. Document for summary of result was made. ("Results & Reports on Kick-Off Meeting in S-TOP Pilot Sites") 1-2. 100% of the participants agreed with the sahred identical issues and 93.75% of the participants answered they understood the contents of the seminar of IMC, LTC and its importance.	
2. Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.	2-1. Working plan and results of experimentations with evidence at each pilot sites are documented. 2-2. 1 or 2 options of pilot activities are proposed at each site.	2-1. Monitoring sheet 2-2. Monitoring sheet		2-1. Activity plans in each site have been on the process of making. These will complete by and approved at the 2nd JCC which will be held in the end of March 2019	
3. Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.	3-1. Developed reccomendations are shared with more than 43 relevant organizations.	Monitoring sheet			

Activities	Inputs		Important Assumption
	The Japanese Side	**The Thai Side**	
1-1. Conduct assessment on policies, regulations and programs at the central level. 1-2. Select pilot sites based on appropriate criteria. 1-3. Organize committees at each site by concerned organizations. 1-4. Conduct assessment on the situation of service provision at each site. 1-5. Analyze the situation, and identify gaps to be filled at each site. 1-6. Summarize the result. 2-1. Based on the result of output 1, gain the ideas to fill the gaps identified at each pilot site. 2-2. Draft a plan to realize the ideas gained in activity 2-1. 2-3. Experiment the plan at each pilot site. 2-4. Monitor the experimentation and evaluate the results. 2-5. Finalize experimentation plans as models 2-6. Document models gained in activity 2-5 with evidence. 3-1. Discuss the models and how to expand them nationwide. 3-2. Document recommendations on models and necessary actions for expanding them nationwide. 3-3. Submit recommendations to the relevant organizations.	1. Long term experts (a) Chief Advisor (b) Project coordinator (c) Rehabilitation / Elderly care 2. Short term experts (a) Rehabilitation (b) Community-based integrated care system (c) Health policy (d) Geriatrics and so on. 3. Training in Japan (a) Health / elderly policy (b) System for community-based integrated care 4. Cost to conduct seminars (shared with Thai side) 5. Other necessary cost for operation of the pilot projects	1. Project Director 2. Project Manager 3. Project counterparts 4. Project office room, meeting room and assistants to JICA expert 5. Cost to conduct seminars (shared with Japanese side) 6. Cost for operation of the pilot projects (including human resources cost and administrative cost for the operation of pilot activities) 7. Cost to conduct in-country training	**Pre-Conditions** MOPH, MSDHS and NHSO fully inform related ministries and organizations on the Project and their expected roles within the Project. **<Issues and countermesures>**

Project Design Matrix

Project Title: Project on seamless health and social services provision for elderly persons Version 4.0

Implementing Agency: Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, and National Health Security Office 26 October, 2022

Target Group: Government officias concerned, Health and social service providers in pilot sites, Elderly persons and their famility members in pilot sites

Period of Project: From November 2017 to October 2022 (5 years)

Project Site: Nationwide of Thailand **Pilot Site: Chiang Mai, Khon Kean, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, Bangkok, Chonburi, Surat Thani, Phuket**

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumption	Achievement	Remarks
Overall Goal					
Developed models in the Project are utilized nationwide.	1. Government's programmes to promote the developed models are implemented in 13 Health Regions.	Reports of relevant organizations	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.		
Project Purpose					
Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for elderly persons.	1. Documents of models and reccomendation to expand them are reflected in goverrntment's programmes 2. More than 80% of attendants to the seminar for sharing models answer that developed models are useful.	1. Record of the meeing with the relevant organizations 2. Questionnaire at the end of the seminar	National policies responding the aging society and elderly care are revised regularly.	See the Project Completion Report	
Outputs					
1. For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.	1-1. Summerized result is documented. 1-2. 80% of attendants to the seminar for sharing identified issues agreed that those issues are important to improve their activities.	1-1. Monitoring sheet 1-2. Questionnaire at the end of the seminar		See the Project Completion Report	
2. Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.	2-1. Working plan and results of experimentations with evidence at each pilot sites are documented. 2-2. 1 or 2 options of pilot activities are proposed at each site.	2-1. Monitoring sheet 2-2. Monitoring sheet		See the Project Completion Report	
3. Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.	3-1. Developed reccomendations are shared with more than 43 relevant organizations.	Monitoring sheet		See the Project Completion Report	

Activities	Inputs		Important Assumption
	The Japanese Side	**The Thai Side**	
1-1. Conduct assessment on policies, regulations and programs at the central level. 1-2. Select pilot sites based on appropriate criteria. 1-3. Organize committees at each site by concerned organizations. 1-4. Conduct assessment on the situation of service provision at each site. 1-5. Analyze the situation, and identify gaps to be filled at each site. 1-6. Summarize the result. 2-1. Based on the result of output 1, gain the ideas to fill the gaps identified at each pilot site. 2-2. Draft a plan to realize the ideas gained in activity 2-1. 2-3. Experiment the plan at each pilot site. 2-4. Monitor the experimentation and evaluate the results. 2-5. Finalize experimentation plans as models 2-6. Document models gained in activity 2-5 with evidence. 3-1. Discuss the models and how to expand them nationwide. 3-2. Document recommendations on models and necessary actions for expanding them nationwide. 3-3. Submit recommendations to the relevant organizations.	1. Long term experts (a) Chief Advisor (b) Project coordinator (c) Rehabilitation / Elderly care 2. Short term experts (a) Rehabilitation (b) Community-based integrated care system (c) Health policy (d) Geriatrics and so on. 3. Training in Japan (a) Health / elderly policy (b) System for community-based integrated care 4. Cost to conduct seminars (shared with Thai side) 5. Other necessary cost for operation of the pilot projects	1. Project Director 2. Project Manager 3. Project counterparts 4. Project office room, meeting room and assistants to JICA expert 5. Cost to conduct seminars (shared with Japanese side) 6. Cost for operation of the pilot projects (including human resources cost and administrative cost for the operation of pilot activities) 7. Cost to conduct in-country training	**Pre-Conditions** MOPH, MSDHS and NHSO fully inform related ministries and organizations on the Project and their expected roles within the Project. **<Issues and countermesures>**

S-TOP Project
Final Report

Mid-term Review

for the Project on Seamless

Health and Social Services Provision for Elderly Persons

October, 2020



Ministry of Public Health

Ministry of Social Development and Human Security

National Health Security Office

JICA Thailand Office

Table of Contents

Acronyms and abbreviations

Executive summary

Contents

1. Introduction 3
   1.1 Background 3
   1.2 Objectives 3
2. Methodology 4
3. Findings 6
   3.1 Document-Based Review Report 6
      3.1.1 Document-Based Review (National Level Policy) 6
      3.1.2 Narrative Summary 18
   3.2 Discussion Paper 30
   3.3 Summary of Good Practices Made in the Pilot Sites 48
4. Conclusion and Recommendation 60

Appendix

Appendix 1 Terms of Reference 61

Appendix 2 Questionnaire for interview 68

2.1 Interview Questions for Provincial Health Office 70

2.2 Interview Questions for Regional/General Hospital 73

2.3 Interview Questions for Community Hospital 76

2.4 Interview Questions for Municipality 80

2.5 Interview Questions for Daycare Center 83

2.6 Interview Questions for Government Agencies and Chief Advisor of the Project 86

Appendix 3 Document-Based Review (Pilot sites) 89

Table 3.1 Total Number of Those Who Receives or Received IMC Services in Each Pilot Site 91

Table 3.2.1 Number of Existing Human Resource in Each Pilot Site and Recommended Human Resource in Guideline for IMC Made by MOPH in January 2019 100

Table 3.2.2 IMC Health Workforce Guideline from Guideline for IMC Made by MOPH in January 2019 107

Table 3.3 Quality of Life (QOL) or Satisfaction Survey to Patients and/or Family Members 108

Table 3.4 Human Resource Development in Each Pilot Sites 109

Table 3.5 Re-division of Roles of Professionals and Relevant Personnel 128

Table 3.6 Practices of Evaluation on Activity of Daily Living (ADL) 129

Table 3.7 Practices of Involvement of Patients and Family Members 137

Table 3.8 Practice of Team-approach 149

Appendix 4 Attachment to the Discussion Paper 152
4.1 List of Steering Meeting Members 153
4.2 General Information on Medical Service Provision in Thailand 154
4.3 Summary of Recommendations and Requests to S-TOP and the Thai Government from Interviewees 156
4.4 Information on LTC Facilities as of 31 December 2019 159
Appendix 5 Evaluation by OECD DAC 5 Criteria 168
Appendix 6 Presentation Data 173

List of Figures **Page No.**

Figure 3.1.1 Related national strategies of National Agenda on the Aging Society 7
Figure 3.1.2 Flowchart of Guideline/Framework on the Development of IMC Service 10
Figure 3.1.3 Concept of Intermediate Care System and its Link to Other Services 11

List of Tables **Page No.**

Table 2.1 List of Reviewed Documents 4
Table 2.2 Interview Schedule 5
Table 2.3 Steering Meeting Schedule 5
Table 3.1 Topics of In-country and Japan Training 45
Table 3.2 Good Practices at each Pilot Site 48



Acronyms and Abbreviations

Abbreviation	Definition
2nd JCC	2nd JCC meeting held on 29th March 2019
2Q/9Q	2Q depression screening questionnaire/9Q depression evaluation questionnaire
4Q1, (or Q1)	1st quarterly report, Form 4 (Reporting period: May 2019-July 2019)
4Q2, (or Q2)	2nd quarterly report, Form 4 (Reporting period: Aug 2019-Oct 2019)
adjRW	Adjusted Relative Weight
ADL	Activities of Daily Living
AIDS	Acquired Immunodeficiency Deficiency Syndrome
AKA	Also known as
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations
BI	Barthel Index
BMA	Bangkok Metropolitan Administration
BOR	Bed Occupancy Rate
C/P	Counterpart
CG	Caregiver
CM	Care Manager
COC	Continuity of Care
CP	Care Plan
CPG	Clinical Practice Guideline
CTOP	The Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons (2007-2011, JICA)
CUP	Contracted Unit of Primary Care
CVA	Cerebrovascular Accident (or Stroke)
D/C	Discharge
DHB	District Health Board
DHCC	District Health Coordinating Committee
DLA	Department of Local Administration
DMS	Department of Medical Services
DOH	Department of Health

Abbreviation	Definition
DOP	Department of Older Persons
DPS	Deputy Permanent Secretary
DRG	Diagnosis-related group
DSG	Deputy Secretary General
EOJ	Embassy of Japan
EQ-5D	EuroQol- 5 Dimension
FIM	Functional Independence Measure
FTE	Full-time Equivalent
FY	Fiscal Year
GGP	Grant Assistance for Grassroots Human Security Projects
HAD	Health Administration Division
HHC	Home Health Care
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRD	Human Resource Development
HRM	Human Resource Management
HTS	Homes, Temples, Schools
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICF	The International Classification of Functioning, Disability and Health
IDT	Inter-Disciplinary Team
IL Room	Independent Living Room
IMC	Intermediate Care
IPD	In-Patient Department
JCC	Joint Coordinating Committee
JICA	Japan International Cooperation Agency
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers
KM	Knowledge Management
KPI	Key Performance Indicator
LTC	Long Term Care
LTOP	The Project of Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People (2013-2017, JICA)

Abbreviation	Definition
M&E	Monitoring and Evaluation
MDT	Multidisciplinary Team
MMR	Mumps, Measles, Rubella
MOE	Ministry of Education
MOI	Ministry of Interior
MOL	Ministry of Labor
MOPH	Ministry of Public Health
MOST	Ministry of Science and Technology
MSDHS	Ministry of Social Development and Human Security
MSW	Medical Social Worker
MTR	Mid-Term Review
N/A	Not Available
NG Tube	Nasogastric Tube
NHSO	National Health Security Office
O&M	Orientation and Mobility
OPD	Out-Patient Department
OT	Occupational Therapist
PCC	Primary Care Cluster
PCU	Primary Care Unit
PHO	Provincial Health Office
PM&R	Physical Medicine and Rehabilitation Doctor
PO	Prosthetist/ Prosthesis and Orthosis Technician
PT	Physical Therapist
QOL	Quality of Life
Regional Hospital	Regional Hospital
Rehab	Rehabilitation
SCI	Spinal Cord Injury
SDGs	The United Nations Sustainable Development Goals
SDHSV	Social Development and Human Security Volunteer
SF-36	36-Item Short Form Health Survey
SNAP	Sub-acute and Non-acute patient
SNMRI	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute

Abbreviation	Definition
ST	Speech Therapist
SW	Social Worker
TBI	Traumatic Brain Injury
TDT	Trans Disciplinary Team
THB	Thai Baht
THPH	Tambon Health Promotion Hospital
TMSE	Thai Mental State Examination
UCS	Universal Health Coverage Scheme
UHC	Universal Health Coverage
UTI	Urinary Tract Infection
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WT	Working Team



Executive Summary



Thailand is expected to enter the era of the aged society with a forecasted elderly population among the total population as 20% in 2021. Therefore, the Thai government, in cooperation with JICA, launched 'The Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (the S-TOP Project)' to develop model services that are seamlessly provided from acute to chronic phases through Intermediate Care (IMC) for the elderly. At the mid-point of the project, the project designed a mid-term review study to collect necessary information through document-based review and interviews with stakeholders at 8 pilot sites nationwide as well as those at the national level to; 1) Evaluate the progress of the S-TOP Project and to compile the outcomes of current status; 2) Pick up voices in the local and concerning parties and extract suggestions and opinions from the stakeholders, 3) Make further discussion on the current status of seamless care in Thailand, and 4) Gain a clear direction on the latter half of the S-TOP Project.

There are 3 main outputs designed for the Mid-term Review as; 1) Results of Document Review, 2) Development of Discussion Paper, and 3) Summary of Good Practice from the Pilot Sites. Narrative summaries of each pilot site as well as concerned government organizations at the national level were also developed by the Mid-term Review team based on the findings from the document review and interview.

Results of the document review and interview confirmed that the implementation of the project is in line with the National Strategic Plan for Public Health of the Ministry of Public Health (MOPH) to respond to the rapid movement of Thailand from the aging society to the aged society. It was also found that the Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS) also lead the project implementation, and other departments under the ministry are the important resources for the project activities. The National Health Security Office (NHSO), meanwhile, provides financial support for the IMC operation through its financial support system, namely the On-Top payment system. The strengthening partnership and cooperation among relevant public organizations and communities through activities has been, and are considered to be, crucial factors to generate and sustain the project effect.

The most important output of this Mid-term Review is the Discussion Paper, which aims to reflect the achievements in the first half and to set-up the direction of activities to be implemented in the second half of the project in the aspects of; 1) Service delivery of IMC, 2) Human Resource in IMC, 3) Finance in IMC, 4) Long Term Care (LTC) service, 5) Cooperation in between relevant organizations, 6) Involvement of patients/service users and family members in seamless care at the S-TOP Project, and 7) S-TOP Project Operation. Discussion at each aspect contains current situation/achievements, concerning issues/challenges and responses, and possible contributions by the S-TOP Project. Although planned Mid-term Review Meeting, which was designed to invite concerned personnel together, was not held due to the outbreak of the coronavirus, the project organized a series of online meetings, or Steering Meetings, with key personnel of the project to share and finalize the contents of the Discussion Paper.

The consequences of the document review and interview conducted in the Mid-term Review show the commitments of the stakeholders to the project at pilot sites within the constraints of human, technical capacity, and financial resources. Valuable cases of good practices at 8 pilot sites were recognized through the document review and interview in the 7 aspects mentioned in the paragraph above. The establishment of IMC wards at community hospitals, capacity development in IMC, cooperation between hospitals and community, and other achievements from the project operation are considered to be good practices and lessons learned for the expansion of the project approaches. Training program in Japan was highly appreciated by the participants despite differences in health care and insurance systems, socio-economic background, and available resources, and other aspects between Thailand and Japan.

On the other hand, the project operation has been facing challenges, such as limited IMC technical capacity, inadequate medical workforce for IMC operation, and established financial system. The strong cooperation and commitment from the central government organization concerned are highly required for further project operation. The coronavirus pandemic has become, and would continue to be, the factor to influence the operation platform and modification of the project framework henceforward.

From a technical perspective, the development of the IMC Technical Guideline, including technical terms on comprehensive treatment and critical practice as well as an evaluation standard for a health condition, may be considered to encourage national policy implementation on seamless health care provision to older persons. The project implementation aims to achieve the development of community-based models and policy recommendation towards the nationwide expansion for the seamless provision of medical, rehabilitative, social, and life-support services for older persons with integrated cooperation of the public organization concerned. The needs-oriented approach at each pilot site is considered relevant to respond to the different characteristics and available resources. At the same time, the monitoring of the project achievements at each site is recognized as a challenge with the number of project sites as well as the site-by-site approach of the project.

With the analysis of the experience at the pilot site of the project, it is expected for the project to identify the needs for IMC continuously from the pilot sites as well as counterparts at the national level and respond to the needs flexibly. As the concept and the operation of IMC are still relatively new in Thailand, the challenges and needs during the project operation are significantly considered to improve and encourage the foundation of a seamless services model and policy recommendation for comprehensive and effective responses towards the aged society as prioritized national health agenda.



1. Introduction

1.1 Background

In order to respond to the dramatically increasing elderly population in Thailand, the Thai government and JICA are collaborating on the aging issues both at the national and local level. The Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (hereafter referred as "S-TOP Project") was launched in November 2017, based in the two previous projects for elderly population implemented between 2007 to 2017. The S-TOP Project aims to develop a service model of seamless care that is provided from acute phase to chronic phase through Intermediate care (IMC) for elderly and vulnerable population.

After two years of implementation, activities on the provision of seamless care service are taking shape in the project's 8 pilot sites, which are Chiang Mai, Khon Kaen, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, Chonburi, Bangkok, Surat Thani and Phuket. This is supported with the growing momentum for IMC policy at the national level. However, due to the complexity which is attributed in multi-stakeholders and wide coverage of fields, there will be challenges that are both visible and invisible along with the accumulation of IMC and Long Term Care (LTC) service provision. In this regard the Thai government and the S-TOP project have decided to conduct a mid-term review to evaluate the progress and outcome in order to design an appropriate activity plan for the remaining part of the S-TOP Project.

The mid-term review expected to reveal achievements and challenges along with a clear direction on what to do in order to accelerate the development of seamless care service in Thailand.

1.2 Objectives

1) To evaluate the progress of the S-TOP Project and to compile the outcomes of current status.
2) To pick up voices in the local and concerning parties that cannot be documented and also extract suggestions and opinions from the stakeholders.
3) To make further discussion on the current status of seamless care in Thailand.
4) To gain a clear direction on the latter half of the S-TOP Project.

2. Methodology

The Mid-term Review was conducted during March – October 2020 by the Project supported by the researcher team of IC Net Asia Co., Ltd. There are six survey contents under two parts of the work conducted by the team as listed below.

Part 1: Document Review and Interview as preparatory tasks for the Mid-term Review

(1) Development of Inception Work Plan and Initial Meeting with S-TOP

(2) Document based review

(3) Interview to the Stakeholders

(4) Development of Discussion Paper for the Mid-term Review Meeting

Part 2: Tasks through and after Mid-Term Review (MTR)

(5) MTR Meeting[1]

(6) Final Report

Development of detail of the contents and methods of each work is provided in the Appendix 1: Term of Reference.

For the document-based review, the mid-term review team reviewed documents provided by the Project as listed below.

Table 2.1 List of reviewed documents

Types of information	Name of documents	Unit
General Project operation	JICA Project Monitoring Sheet (every six months)	3
	Project monthly report (written in Japanese)	20
	Meeting minutes of Working Team	4
	Report on JCC meeting	2
Pilot sites related	Form 1 Stakeholder map	8
	Form 2 Fact sheet	App.50
	Form 3 Situation analysis sheet	App.50
	Action plans of 8 pilot sites (Power Point)	8
	From 4 Activity plan and quarterly report sheet	App.100
The central government related	IMC guideline issued by MOPH in January 2019	1
	Other documents provided by MOPH, MSDHS and NHSO through the project	Major: 14 Minor: 5

[1] MTR Meeting was replaced by a series of online Steering Meetings with key personnel of the project due to the outbreak of COVID-19.

The mid-term review team conducted online interviews with 22 concerned organizations as listed below according to the arrangement by the Project.

Table 2.2 Interview schedule

Date	Location	Time	Organization	Code
April 15	Nonthaburi	14:00	Bangkruai Hospital	001
April 16	Nonthaburi	09:00	Nonthaburi Provincial Health Office	002
	Khon Kaen	11:00	Khon Kaen Hospital	003
April 17	Surat Thani	10:00	Surat Thani Provincial Health Office	004
	SNMRI	13:00	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI)	005
	Surat Thani	13:30	Surat Thani Hospital	006
April 20	Chiang Mai	08:30	Chiang Mai Provincial Health Office	007
	NHSO	14:00	Bureau of Community Health Management, National Health Security Office (NHSO)	008
	Khon Kaen	13:30	Namphong Hospital	009
	Khon Kaen	15:00	Khon Kaen Hospital	010
April 21	Chiang Mai	09:00	Nakornping Hospital	011
	Chonburi	10:00	Chonburi Hospital	012
	MSDHS	11:00	Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS)	013
April 22	MOPH	10:00	Ministry of Public Health (MOPH)	014
	Surat Thani	15:00	Banna Subdistrict Municipality	015
April 23	Saraburi	12:00	Kaengkhoi Hospital	016
	Surat Thani	13:00	Ban Na Doem Hospital	017
	Chiang Mai	14:00	Saraphi Bovorn Hospital	018
April 24	Japan	09:00	Chief Advisor of the project	019
	Nonthaburi	13:00	Pranangklao Hospital	020
	Nonthaburi	14:00	Ban Uea Athon Daycare center	021
May 2	Khon Kaen	14:00	Khon Kaen Provincial Health Office	022

In order to finalize the discussion paper, the project organized Steering Meetings with related specialists and counterpart as below to share and revise contents. The list of Steering Meeting members is provided in the Appendix 4.1.

Table 2.3 Steering Meeting Schedule

No.	Meeting	Date
1	1st Steering Meeting	7 Aug 2020
2	2nd Steering Meeting	11 Aug 2020
3	3rd Steering Meeting	17 Aug 2020
4	4th Steering Meeting	24 Aug 2020
5	5th Steering Meeting	26 Aug 2020

3. Findings

3.1 Document-Based Review Report

The document-based review report consists of 3 sub-reports: Document-based review (pilot sites), Document-based review (national level policy), and Narrative summary of pilot sites and concerned government organizations.

1) Document-based review (pilot sites)

The result of document-based review of 8 pilot sites is reported in the table attached to this report (Appendix 3). Modified WHO Six Building Blocks was used in order to collect the information on progresses and challenges on IMC services and LTC services at each pilot site. There are totally 9 tables as listed below.

1. Total number of those who receives or received IMC services in each pilot site
2. Number of existing human resource in each pilot site and recommended human resource in Guideline for IMC made by MOPH in January 2019
3. IMC Health Workforce guideline from Guildeline for IMC made by MOPH in January 2019
4. Quality of Life (QOL) or satisfaction survey to patients and/or family members
5. Human resource development (HRD) in each pilot sites
6. Re-division of roles of professionals and relevant personnel
7. Practices of evaluation on Activity of Daily Living (ADL)
8. Practices of involvement of patients and family members
9. Practice of team-approach

2) Document-based review (national level policy)

The documents provided by MOPH, MSDHS and NHSO through the project are reviewed and summarized. The review includes the IMC policies/projects organized/ promulgated by each Thai government agency as well as policies in the country level. The review of IMC policies is expected to assist on the understanding of IMC service implementing and progress by Thai side.

3) Narrative summary of pilot sites and concerned government organization

The narrative summaries of 8 pilot sites and 3 Thai government organizations were developed through the findings from document-based review and interview. The summary of pilot site includes the general information of health care in the province, overall S-TOP project operation, strength and weakness, challenge, and recommendation. For Thai government agencies, the summary includes policy framework and implementation, strategies, and national plan on elderly care and IMC service.

3.1.1 Document-based review (national level policy)

3.1.1.1 Country Level

Measures to Implement National Agenda on Aged Society was issued on December 2018 in order to; 1) systematically implement “national agenda on Aged Society”, 2) integrate the nationwide operation on elders, including policy level, organization level, and area level, and 3) systematically monitor and evaluate the operation on the elderly according to the measure under national agenda on the Aging Society. This Measures to Implement National Agenda on the Aging Society conforms with ’20-year National Strategy’, ‘The 12th National Economic and Social Development Plan’, and ‘The 2nd National Plan on the Elderly 1st revised of 2009’ as shown below[2].

[2] MSDHS_มาตรการขับเคลื่อนสังคมผู้สูงอายุ 2562 (พม) http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1560926865-155_0.pdf

Related National Strategies

20 year National Strategy (2018 – 2037)

- The strategy for enhancing and developing the potential of human capital
- The strategy for enhancing justice and reducing social disparities

The 12th National Economic and Social Development Plan (2017 – 2021)

- Strategy for Strengthening and Realizing the Potential of Human Capital
- Strategy for Creating a Just Society and Reducing Inequality

The 2nd National Plan on the Elderly (2002 – 2021) 1st revised of 2009

Strategy 1 : Strategy on readiness preparation of promotion and development

Strategy 2 : Strategy on the elderly promotion and development

Strategy 3 : Strategy on social safguards for the elderly

Strategy 4 : Strategy on management of developing the national comprehansive system for undertakings and developing the personnel for the elderly Involving missions

Strategy 5 : Strategy on processing, upgrading and disseminating knowledge on elderly and the national monitoring of implementation of NPE

Figure 3.1.1 Related national strategies of National Agenda on the Aging Society

These national strategies involve several Thai government organizations: MOPH, MSDHS, Ministry of Labor (MOL), Ministry of Interior (MOI), Ministry of Education (MOE), and Ministry of Science and Technology (MOST), as provided in the table below. The measure which directly relates to IMC is *"Measure 1.3 (S3): Develop health system for aged society"*, as also shown in the table below.

Policy/Project name	Measures to Implement National Agenda on Aged Society: **6 sustainable 4 change**
Current status	Ongoing
Operation period	Issued on 4 December 2018 Duration: 2019-2021
Target group	1. Older people: Home-bound, bed-bound, dependence, social-bound elderly and other vulnerable groups, including marginalized and migrant older people 2. Youth and working age group: Children, youth and working age group
Goals	Thai elders to be Active Ageing: Health, Security, and Participation (WHO's Active Ageing Framework)
Detail	**Key Measure 1: Improving the quality of life of the elder and all generation** Measure 1.1 (S1): Establish system of welfare and social protection for elderly (MSDHS) Measure 1.2 (S2): Promote elder employment and sustainable income (MOL) Measure 1.3 (S3): Develop health system for aged society (MOPH) Measure 1.4 (S4): Modify housing and public spaces for elder safety (MOI) Measure 1.5 (S5): Set-up Time Bank system (MSDHS) Measure 1.6 (S6): Educate young generation for preparation in all aspects (MOE) **Key Measure 2: Improving capacity to achieve public sector management 4.0** Measure 2.1 (C1): Recognize aged society as national agenda (MSDHS) Measure 2.2 (C2): Revise laws and regulations to support elder employment (MSDHS)

	Measure 2.3 (C3): Reform data system to facilitate implementation on aging issues (MSDHS) Measure 2.4 (C4): Invent innovation on minimizing inequality in aged society (MOST) **Mechanism:** 1. National level: National Committee on the Elders, Subcommittee on national policy implementation for aged society 2. Main Bodies: MSDHS, MOPH, MOST, MOL, MOI, MOE 3. Provincial level: Provincial committees on Encouraging Social Welfare Provision, Social Development and Human Security Provincial Office
	The measure which directly relates to IMC is Measure 1.3 (S3) **"Develop health system for aged society"**, which is under the responsible of MOPH. **Goal:** 1. 50% of the elderly population has appropriate health behavior 2. 90% of the elder receive health evaluation 3. 70% of the bed-bound elder receive health care and social care **Highlighted Projects are:** 1. Development of network and connect service system and elderly care at each level (since primary, secondary, tertiary, and excellence level) 2. Development of innovation for elderly care including IMC, LTC, and Palliative care 3. Promotion of proper health behavior to Pre-aging group **Area-based mechanism:** Thai Health Promotion Foundation, HTS (homes, temples, schools), Center for Quality of Life and Career Promotion for the Elderly, Tambon Health Promotion Hospitals (THPHs), Local Administrative offices, Academic institutes
Source	DOP – S-TOP 4th Working Team (WT) Meeting (Undisclosed) MSDHS_มาตรการขับเคลื่อนสังคมผู้สูงอายุ 2562 (พม) [English: 17. MSDHS_ Measures to Implement National Agenda on Aged Society 2020 (MSDHS)]

3.1.1.2 Ministry of Public Health (MOPH)

Based on the international approach, Holistic Approach on Ageing Care, MOPH has been operating projects to the 4 groups of the elderly as presented in the table below. "The development of Intermediate Care system for the elderly" is one of projects under the Measure 1.3 of the '6 sustainable 4 change'. In addition, MOPH has the IMC Service Plan to implement IMC service as provided in the **'2.2 Intermediate Care Service Plan'** below.

1) Holistic Approach on Ageing Care

Policy/Project name	Holistic Approach on Ageing Care
Current status	Ongoing
Operation period	N/A
Target group	Elder 4 groups: 1) Healthy 2) Risk 3) dependence/vulnerable 4) patient
Goals	N/A

Detail	MOPH has applied **"Holistic Approach on Ageing Care"** to operate the projects for elders. **Driving mechanisms:** 1. District Health Board (DHB) 2. Standard of health center/ care service/ care giver (CG) 3. Digital Health **Activities of MOPH for each elderly group:** Activities for Healthy group are 1) preparedness to be active elders, and 2) health promotion. Activities for Risk group are 1) prevention, and 2) health assessment. Activities for dependence/vulnerable and patient group are; 1) Acute care, 2) Intermediate care, 3) long term care, 4) palliative care, and 5) end of life care. **Current operation:** 1. Primary care: LTC by Care Manager (CM), CG, Care Plan 2. Secondary care: at 9,781 THPHs for prevention and promotion, chronic care/ rehabilitation (here in after rehab)/palliative care/LTC 3. Tertiary care: at 783 community hospitals for acute cases, chronic cases, IMC 4. Excellence care: at general hospital for complicated cases, inpatient care and at center hospital for advance service/ care training center.
Source	MOPH_Aging society preparedness policy

2) Intermediate Care Service Plan

Policy/Project name	Intermediate Care Service Plan
Current status	Ongoing
Operation period	2017 - 2021
Target group	Stroke, Head Injury, Spinal Cord Injury (SCI) patients who passed acute phase
Goals	1-year goal: reach the service, reduce disable, reduce complication, qualified rehab service **"70% reach service, 70% Barthel Index (BI) increase, less than 20% of complication in bed-bound patient"**

Detail

This policy includes the flowchart of IMC service guideline/framework below.

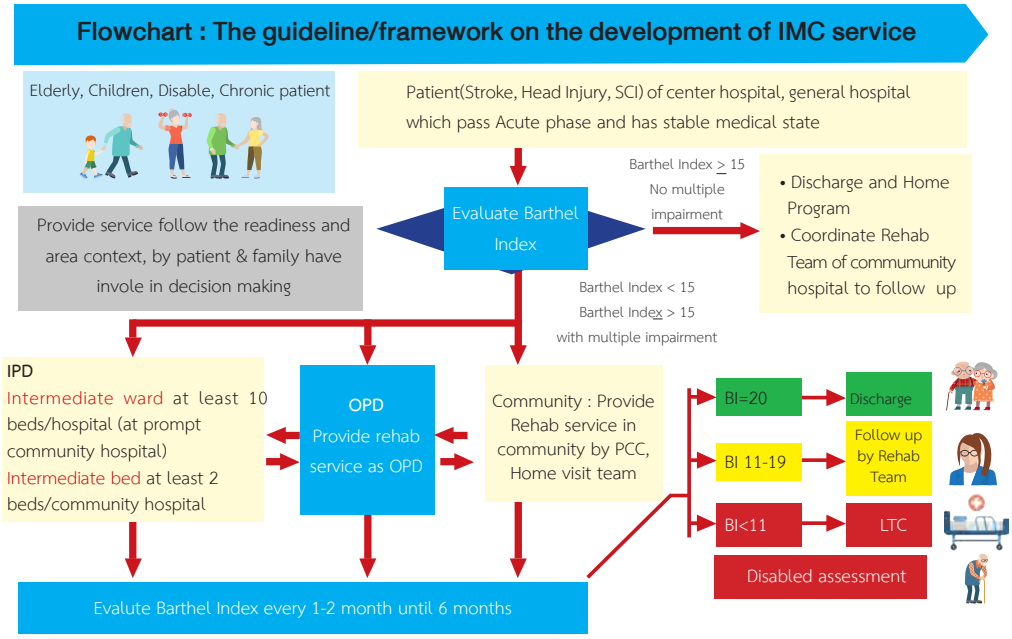


Figure 3.1.2 Flowchart of guideline/framework on the development of IMC service

The processes are:

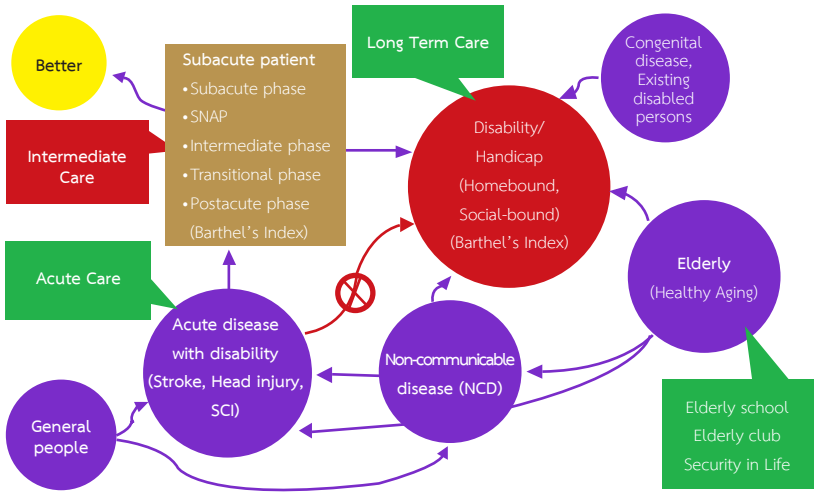
1. Management:
   1) MOPH/district/provincial structure, and 2) master plan **"service plan"** 3) budget allocation
2. Service system development:
   1) register, referral network and monitoring, 2) Human Resource Management (HRM) and HRD, 3) manual for operation, and 4) model development
3. Improvement in awareness and attitude:
   1) mass and media communication, 2) generate awareness/attitude of health workforce, network, and citizen, and 3) empowerment visiting
4. Data system:
   1) develop data system for management and service, including monitoring and evaluation, and 2) knowledge management using existing data

The operations separated into 4 phases:

1. 3 months:
   1) drive district level and provincial level, 2) set up working team for national/district/province level, and 3) clarify meeting for working team and service provider
2. 6 months:
   1) master plan "service plan", 2) develop data system for register, refer, and monitoring (web application), and 3) publish and disseminate IMC manual (guideline 1 book, short manual 1 book)
3. 9 months:
   1) rehab training (short course) for physicians, 2) rehab training (5-day course) for nurse, 3) rehab training (4-month course) for nurse, and 4) empowerment visiting within province/district
4. 12 months:
   1) summarize the outcome of operation and plan for next year, 2) organize meeting for knowledge exchange in district/national level, and 3) 5-year and 20-year strategy plan

The other details of IMC Service Plan could be found in **"The Guideline for Intermediate Care (Service Plan)"** which was published on January 2019 by Health Administration Division, MOPH. This guideline includes policy brief, definitions of IMC terms, purposes of IMC, IMC system development procedure, guidelines for IMC and performance evaluation, and examples of Best Practices[3].

[3] As of August 2020, DMS of MOPH is now developing the Clinical Practice Guideline (CPG) on IMC which is based on IMC guideline made by HAD of MOPH in January 2019. This will be added another section for palliative care and geriatric viewpoints. Office of Permanent Secretary plans to utilize this CPG by using multimedia such as roll-up banner, video clip and e-learning by July 2020 and implement it in some pilot sites in fiscal year 2021

	The concept of IMC in Seamless Care system is shown as a picture below.  **Figure 3.1.3 Concept of intermediate care system and its link to other services**
Source	MOPH_Aging society preparedness policy (EN) Guideline for Intermediate Care (Service Plan)

3) Key Performance Index (KPI) of IMC Service Plan

Policy/Project name	KPI of IMC Service Plan
Current status	Ongoing
Operation period	2018 - 2021
Area/pilot site	Provincial level, District level, National level
Target group	1. post-acute stroke patients 2. SCI and Traumatic Brain Injury (TBI) patients 3. patient who need IMC such as patient who has Bed Occupancy Rate (BOR), high risk of re-admission, patient who need intensive rehab, patient who need rehab, elder, etc.
Goals	The percent of hospital level M and F[4] which provide IMC service 2018: quarter 2 = 5%, quarter 4 = 10% 2019: quarter 4: 20% 2020: quarter 4: 30% 2021: quarter 4: 50%
Detail	The document provides information of KPI for IMC Service Plan. **Indicator:** percentage of hospital level M and F which provide IMC service **Objectives of IMC:** 1. Reduce crowded center hospital/acute care setting 2. Enhance the ability of rehabilitation and reduce the complication, such as intensive rehabilitation 3. Decrease the returning back to hospital by previous disease or complication from previous disease

[4] Hospitals Level M F means Middle-level and First-level hospital based on the standard set by the government (considering number of beds and health personnels.) Refer to Table 4.2.1 in page A4-3 and A4-4

	4. Increase the efficient in management of bed utility for provincial/district level 5. Increase self-care skill of patient and CG 6. Connect the care plan and caring, to community and Home Health Care (HHC)
Source	KPI-IMC MOPH

4) KPI of Long term care service plan

Policy/Project name	KPI of Long-term care system provision
Current status	Ongoing
Operation period	Fiscal year 2017- 2022
Area/pilot site	District level
Target group	All elderly people nationwide Thailand
Goals	The Percentage of districts that have a long-term elderly care system in their communities through the criteria. Evaluation cycle is for 12 month 2020: >80% 2021: >90% 2022: >95%
Detail	**Indicator:** percentage of districts that have a long-term elderly care system in their communities through the criteria. Long term care services for elderly are implemented as below, 1. Assessment of health problems and elderly information are provided in individual care plan. 2. Provides support to operate an elderly club that has passed the criteria for the quality elderly club of Department of Health (DOH), at least 1 club per sub-district 3. Healthcare services for the elderly are provided by multidisciplinary team (MDT), network partners, local authority and community 4. Health promotion / Environmental surveillance and health protection for elderly people at the sub-district level
Source	http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1493

3.1.1.3 National Health Security Office (NHSO)

One of Thai public health insurance schemes is *Universal Health Coverage Scheme (UCS).* This scheme covers 48 million population including the elderly. The packages for the elderly under UCS include the financial payment for Acute, Sub-acute/IMC, LTC, and Palliative care. Although, there is no direct financial policy for IMC, IMC financial mechanism can be found in Sub-acute and Non-acute patient (SNAP program) and Provincial Rehabilitation Fund, which are under the UC Benefit Package.

The budget for Universal Health Coverage (UHC) Fund in the fiscal year 2020 covers 8 services including 1) capitation fee, 2) service for HIV/AIDs, 3) service for Chronic Kidney Failure, 4) service for chronic diseases' control, prevention and treatment, 5) additional cost for service unit in remote area, risk area and Southern border provinces, 6) public health service cost for dependent home-bound and bed-bound patients, 7) additional public health service cost for primary care which includes family medicine, 8) compensation for vaccine of Mumps, Measles, Rubella (MMR) in Southern region during the fiscal year 2018-2019[5].

[5]Source: (TH)Manual for NHSO Fund Management Fiscal Year 2020

The payment system of SNAP program are the extra rate and on-top refer back for IPD IMC cases in qualified health service areas. This budget is under the capitation fee of UHC Fund. The amount of on-top payment depends on the agreement between the hospitals and NHSO Regional Offices. The offices provide on-top payment to encourage more referred patients to receive IMC service in the network hospitals. In addition, the payment system for OPD and Outreach IMC patients is included in Provincial Rehabilitation Fund.

1.Universal Health Coverage Scheme (UCS)

Policy/Project name	Universal Health Coverage Scheme (UCS)
Current status	Ongoing
Operation period	Since 2002-present
Target group	Thai citizens who are not covered by other health schemes. (reside in rural areas; Q1-2; children, elderly, informal worker)
Goals	To equally entitle all Thai citizens to quality health care according to their needs, regardless of their socioeconomic status
Detail	Sustainable Development Goal 3.8 is **"Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all."** NHSO is an administrator for the UCS. **The comprehensive benefit package for Thai older persons under the UCS are:** 1) Health Promotion and preventive care 2) Curative services include high-cost medical treatment and emergency care 3) Rehabilitation 4) Transportation 5) Accredited alternative medicines 6) Other expenses (decided by the Committee) **Financial mechanism of Seamless care system under UCS:** 1) Acute: OPD by capitation/global budget, IPD by DRGs under a global budget 2) Sub-acute/IMC: OPD by Medical Rehab Fund (operated by NHSO and Provincial Administration Office of 42 province), IPD by DRGs which pilot as SNAP 3) LTC: Home care operated by 6,003 Community Health Fund (Local Governments and Service Providers and Elderly Center) 4) Palliative care: Home care, step-ladder payment managed by NHSO
Source	NHSO_IMC Policy_1st JCC (Undisclosed) NHSO - IMC 16012019
	Meeting minutes of WT_1st-2020 (Undisclosed)

2) Sub-acute and Non-acute patient (SNAP)

Policy/Project name	Sub-acute and Non-acute patient (SNAP)
Current status	Ongoing pilot model
Operation period	Best Practice: Bang-Kum SNAP model started 2013
Area/pilot site	Region 2,4,6,8,10,12 (6 provinces, 11 hospitals), 19 hospitals in 2016
Target group	IPD IMC for Post-stroke, TBI, SCI
Goals	N/A
Detail	NHSO has conducted SNAP program; the special reimbursement program for IMC patients (extra rate, on-top refer back) in 6 NHSO regions. **At Bang-Kum SNAP model, for IPD IMC case, SNAP program provides:** 1) on top payment for IPD IMC by DRGs 2) 1,000 THB/day (maximum 45 days) 3) 200 THB/each ADL improved **On-top IMC (under UCS Benefit Package) in 2019/2020** There is SNAP Program for IPD patient in 6 districts by the agreement between NHSO and MOPH. NHSO cut off some patient budget to allocate for On-Top to 3 diseases follow Service Plan of MOPH, and includes hip fracture for Health Service Area 6 Rayong. This program allows hospital for additional reimbursement as below. Health Service Area 4 Saraburi: on-top refer back 2,000 THB/4,000 THB Health Service Area 5 Ratchaburi: fixed rate 9,000 THB/adjRW Health Service Area 6 Rayong: on-top refer back 1,000 THB/3,000 THB and admit for IMC 3,000 THB (3 diseases and hip fracture) Health Service Area 8 Udon Thani: under the consideration Health Service Area 9 Nakhon Ratchasima: on-top refer back 1,000 THB/3,000 THB Health Service Area 12 Song Khla: SNAP, reimbursement 5,000 THB/time (maximum 2 times/year) **The reimbursement plan for fiscal year 2021**[6] NHSO plans for the reimbursement which conform with Service Plan of MOPH and the real expense, by using Rehab reimbursement program. This plan is under consideration. The design of imbursement is following 1. IPD: DRG 2. Registered Physical Therapist (PT) IMC: Stoke, Head Injury, SCI 3. Package 6 months: OPD, Outreach, value-based payment by BI

[6]As of October 2020, the Thai government decides to start new budget package for OPD and home visit IMC in FY 2021, instead, it will not be realized to set IPD IMC in DRG, according to the meeting with NHSO

Source	NHSO_IMC Policy_1st JCC (Undisclosed) NHSO - IMC 16012019 Meeting minutes of WT_1st-2020 (Undisclosed)

3) Provincial Rehabilitation Fund (Matching Fund)

Policy/Project name	Provincial Rehabilitation Fund (Matching Fund)
Current status	Ongoing and developing to provide budget for OPD and Outreach IMC
Operation period	Start since 16 Jul 2011
Target group	4 groups in UC population: disables, older persons, those who need sub-acute, and those who need LTC
Goals	Provide health access for the persons with disabilities, the elderly, the dependent and the palliative care patients which include intermediate care, rehabilitation services, medical products, and assistive devices, for developing their quality of life.
Detail	**Sources of budget are:** 1. NHSO fund 2. Matching fund between NHSO and Provincial administrative organization office (1:1) 3. Donation **Benefit packages (under UCS) are:** 1. Medical service for targeted groups are physio therapy, occupational therapy, speech, psychotherapy, behavior therapy, hearing aids, visual rehab, early intervention, phenol block. 2. Assisted technology for disable people: 76 tools including 1) for mobilization such as artificial legs and knee 2) hearing aids 3) for the blind such as white cane 4) wheelchairs/walkers/cane 3. Orientation and Mobility training for the blind. In 2017, there is 42 Provincial rehab funds in Thailand. The number of elders who receive medical rehab in fiscal year 2018 is 480,430 persons. In 2018, Rehab Fund has budget 16.13 THB/capita (total 787,095,600 THB), separated into 2 parts: **Part 1:** manage by NHSO central office (1.60 THB/capita) Pay for assistive technology and services for tertiary rehab care **Part 2:** Global budget managed by NHSO regional office (14.53 THB/capita) Pay for service providers/ organizations includes 1. Assistive technology and maintenance cost 2. Rehab service for sub-acute, disable, elderly who need rehab and LTC 3. O&M training for the blind 4. Provincial rehab fund (Matching fund)
Source	NHSO_IMC Policy_1st JCCNHSO Presentation File (Undisclosed) (EN)_20180320_NHSO_LTC disable in UHC

3.1.1.4 Department of Older Persons (DOP), Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS)

The policies and projects on the Seamless Care of DOP mostly involve LTC. According to Meeting minutes of 1st/2020 WT, the MSDHS is responsible for the operation of the Seamless Care on home environment, safety, holistic social welfare of community, home visit, interview, aid, and the planning of MDT. The measures from the **'6 Sustainable 4 Change'** which related to MSDHS and IMC are S1, S3, and S5. The previous operations of DOP were:

1. Establishment of the Center for Quality of Life and Career Promotion for the Elderly in co-operation with Elderly school.
2. Establishment of the Social welfare development center for older persons with roles on aiding the elderly home/center and home visit to provide knowledge on health care to home-bound patients, bed-bound patients, and social-bound patients.
3. Establishment of the Time Bank.
4. Management of social development and human security volunteer (SDHSV), and increasing the knowledge on elderly care by creating manual for volunteers (training for 6,800 volunteers to provide care for 102,000 elders).

In order to have the common standard for elderly care, DOP established the Elderly Care Standard and guideline to operate and develop SDHSV (Expert on elderly person). Elderly Care Standard categorized training on elderly care into three courses. The manual for SDHSV to deliver care to the elderly was published and the capacity building/training projects have been operated.

1) Elderly Care Standard (National Standard)

Policy/Project name	Elderly Care Standard
Committee/Board	National Committee for the Elderly Sub-committee on the Integration of the Creation of Elderly Care Standard
Current status	N/A
Operation period	Announcement as the notification of DOP on April 2019
Target group	CGs and Elderly Care Agencies
Goals	N/A
Detail	Elderly Care Standard is the project under *"Measure 1.1: Establish system of welfare and social protection for elderly"*. **Elderly Care Standard includes** 1. Standard for Elderly Care Agencies include 1) Home care business, 2) Geriatric hospital, 3) Daycare center for elders and dependent persons, 4) Residence for the elderly, and 5) Nursing home for elderly and dependent persons. 2. Standard for Elderly Care Curriculum 3. Standard for Elderly CG **According to Notification of DOP on the standardized elderly care, elderly care curriculum can be categorized into 3 courses:** 1. The standardized basic elderly care 18 hours: for family member, volunteer or interested person with at least 15 years old 2. The standardized intermediate elderly care 70 hours: for basic CG career, under the supervision of professional personnel

	In order to organize the elderly care training, organization shall request permission to: 1. For the standardized basic elderly care 18 hours, shall request to DOP 2. For the standardized intermediate elderly care 70 hours and standardized advance elderly care 420 hours, shall request the permission as below - Government agency, institution, organization which would like to organize the training, shall request to DOH - Care school, shall request to Office of the Private Education Commission, MOE - Labor Skill Development Institution, shall request to Department of Skill Development, MOL - Government agency, institution, organization which would like to organize training in order to operate the elderly care business, shall request to Department of Health Service Support, MOPH
Source	DOP – STOP 4th WT Meeting (Undisclosed) DOP Government notice MSDHS_มาตรการขับเคลื่อนสังคมผู้สูงอายุ 2562 (พม) [English: 17. MSDHS_Measures to Implement National Agenda on Aged Society 2020 (MSDHS)]

2) Capacity Building for Social Development and Human Security Volunteer (Expert on elderly person): SDHSV, in the fiscal year 2020

Policy/Project name	Capacity Building for Social development and human security volunteer (Expert on elderly person): SDHSV, in the fiscal year 2020
Current status	Continuous Project
Operation period	2018 - 2022
Area/pilot site	Provincial social development and human security office in 76 provinces
Target group	In 2020, capacity building to SDHSV 5,320 persons And elders receive care 74,000 persons
Goals	Elderly persons have well-being life KPI: 1. Elders receive social care: 74,000 persons 2. Elders have well-being life: 90% 3. Finish the operation within 2020: 100% 4. The expense is under the permitted budget: 100%
Detail	Project plan for the training of volunteers in the fiscal year 2020 **1. Process/methods:** organize meeting, allocate budget for training and monitoring, organize SDHSV network meeting, produce SDHSV manual and media, supervision/monitoring.

	2. Outcome of the project: - There is the drive in caring, taking precaution and social protection mechanism for elderly that practicing concretely - Elderly person live in well-being life **3. Total project budget:** 84,663,800 THB - In 2020: 9,516,400 THB - Central: 3,436,400 THB - Regional: 6,080,000 THB
Source	DOP project outline of training of volunteers for elderlies

3) Guideline to operate SDHSV of DOP in the fiscal year 2020

Operation period	Guideline to operate SDHSV of DOP in the fiscal year 2020
Current status	Ongoing project
Operation period	Fiscal year 2020
Target group	SDHSV: 6,800 persons The elderly who receives care: 102,000 persons
Goals	Objective is to create the mechanism for elderly caring, monitoring, and social protection, and concrete act in area level
Detail	**The projects are to:** 1. Support budget to SDHSV in 76 provinces (80,000 THB/province) to arrange meeting/training on basic elderly care (18 hours) 2. Organize training with Department of Social Development and Welfare to provide knowledge on elderly care to SDHSV for 6 batches (900 persons) 3. Implement pilot project to develop capacity of SDHSV in 2 areas in Bangkok: participation of 68 SDHSV participants, generation of network, and exchange of knowledge and experience 4. Generate awareness of 42 SDHSV from Northern and Central on 15-17 Dec 2019 5. Provide training for CGs through basic elderly care course (18 hours) for 4 batches (200 persons), intermediate elderly care course (70 hours) for 5 batches (270 persons) **Total Budget in fiscal year 2020:** 4,758,200 THB
Source	DOP - Volunteer Summary 2020

3.1.2 Narrative Summary

3.1.2.1 Pilot Site Narrative Summary

1) Nonthaburi

Nonthaburi province is located in central Thailand. The current total population in the province has reached approximately more than 1,200,000 in 6 districts. The total number of public health centers in Nonthaburi province is 83 including 1 general hospital, 6 community hospitals, and 76 THPHs under the authority of the MOPH[7].

As a consequence of interviews, an IMC service flow in Nonthaburi province starts from Pranangklao Hospital as a main general hospital for acute care including 3 main diseases: Stroke, SCI and TBI.

[7] https://nbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0

Other hospitals also provide acute care. After 2-3 days of acute care for life-saving, the hospital generally refers patients to the community hospitals, for IMC such as Bangkruai, Bang Bua Thong 2[8] or other community hospitals. Some patients continue receiving IMC treatment at Pranangklao Hospital, although, the Pranangklao hospital is currently over-capacity. Thus, referral patients to the community hospitals for IMC are required, with the purpose to increase the period of medical treatment and assessment to IMC service, based on the medical rights of the patients. The SNMRI also supplies specialized rehabilitation medical staff to community hospitals in Nonthaburi. After the IMC, the patients are considered for a referral to home program treatment at home, or community daycare centers (district-based) for long-term treatment by mainly nurses, PTs, and CGs. Nonthaburi provincial administration office currently provides 41 community daycare centers as of September 2020.

The overall S-TOP project operation since the beginning of the project implementation has been in progress according to the action plan. However, during the COVID-19 pandemic, the participated hospitals have to postpone some project activities to follow the social distancing policy by the government such as training and workshop for technical skill improvement of the physicians. Activities interacted with family members are being postponed as well. The service delivery improvement, however, is the most emphasized issue for the interviewed hospitals to provide seamless care services. The officers in charge continuously take actions according to the action plan in usual situation, however it's been difficult under a pandemic circumstance. On the other hand, inadequate medical staff, in terms of quantity and quality, is a significant challenge for project operation as well. The number of medical officers in the province is inadequate for a large number of patients in the hospitals currently. Quality represents the specialized rehabilitation skill of the medical staff. Even though the hospitals have collaboration with the SNMRI to provide HRD specialized in rehabilitation, due to overload-work, many medical officers are not able to attend the project activities regularly.

Strengths of Nonthaburi province for seamless care service provision are, firstly, the cooperative stakeholder in the province. The operation of health and social care provision for acute care, IMC and LTC intensively requires cooperation from the stakeholders for prompt and corrective referral information, to provide appropriate medical treatment and social care effectively. Secondly, the cooperation among hospitals, the provincial administration office, and local communities for health care service provision is considered as an asset for seamless care according to the interview result. A strong partnership of the local community is expected to significantly impact the sustainability of project operation after the project completion, as well as long-term care service operation for patients after receiving the IMC at the hospital. It is considered that the network hospitals in Nonthaburi pilot site, potentially become a model for seamless care service provision in terms of well-ordered health and social care service provision since acute care until LTC, and strong local community partnership.

2) Chiang Mai

Chiang Mai province is located in Northern Thailand. According to the statistic from Chiang Mai Provincial Health Office (PHO), the total population in the province is approximately 1,700,000 in 25 districts. Health care service providers in Chiang Mai province under the authority of MOPH include 1 regional hospital, 1 general hospital, 22 community hospitals, 267 THPHs, and 7 community day-care centers. Apart from the organizations authorized by the MOPH, there are 9 Non-MOPH authorized hospitals and 15 private hospitals[9].

[8] https://nbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0

[9] https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/all_it.php

According to the interview result, there are 2 hospitals in Chiang Mai which provide acute care, namely Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Nakornping Hospital. After the acute care, which approximately takes 2-3 days in general, the patients are referred to community hospitals in Chiang Mai based on their area-based medical rights. In Chiang Mai province, the medical service distribution is divided into 4 zones including 5 community hospitals for specialized IMC provision, namely Saraphi, Fang, Chomthong, Sanpatong, and Sansai. Majority of the community hospitals can provide only IMC beds, except Saraphi Hospital which established an IMC ward especially with strong capacity for rehabilitation treatment. After receiving IMC, based on the health condition of the patients, which normally takes 6 months at maximum, the patients receive LTC at the THPHs and 7 community daycare centers or rehabilitation program at home according to their health conditions and commitment of the medical MDT at the community hospitals.

The S-TOP project operation in Chiang Mai province, in general, has been still on the track according to the plan since the beginning[10]. However, with the COVID-19 pandemic, some activities may need to change the format, such as training programs, and be postponed. The operation for service delivery improvement is possibly postponed from the plan because some community hospitals may not be ready to establish IMC wards for specialized IMC service provision due to limited health care human resources, inadequate rehabilitation equipment, and specialized rehabilitation staff. Those factors also impact the implementation of HRD activities in the province. Modification of the activities from intensive training to on-the-job training may be sought for network organizations to encourage the participation. At the same time, forming data of revenue and costs is out of the operation at the provincial organization level, as it intensively involves the national policy framework and national social insurance program.

The main challenging for Chiang Mai province in capacity development for seamless care services provided through project operation is, firstly, the instability of an existing referral information system. Saraphi Bovorn Pattana Hospital is leading in the utilization of Thai COC program for referral information system and it can be a good practice for other community hospitals in the province to improve the operation of IMC service flow. The capacity gap among the community hospitals in the province is also concerned for further operation after project completion though the provincial administration office has a plan to establish the IMC ward in other community hospitals. Even though the regional/general hospitals have high capacity, only a few specialized rehabilitation hospitals are capable to support referred patients for IMC. The long-term goal of the network hospitals in the pilot site is to develop multimedia publication and learning material for patients and CGs to enhance the understanding on the importance of IMC operation and promote the commitment of local administration offices in seamless care provision. The lesson-learned from health care operation in Japan based on a strong partnership with the local community, however, can be a role model for seamless health and social care operation in Chiang Mai.

3) Khon Kaen

Khon Kaen province is located in Northeastern Thailand. The total population in the province, in 2018 is approximately 1,800,000 in 26 districts divided into 6 health service areas. 13.67% of the population is older than 60 years old and 11.38% of the population is older than 65 years old. According to the statistic from Khon Kaen PHO, the average life expectancy of the provincial population is 76.1 years old. Health care service providers in Khon Kaen province under the authority of the MOPH includes 1 regional hospital, 1 general hospital, 25 community hospitals, 248 Tambon health promotion hospitals, and 7 community daycare centers[11].

[10] Chiang Mai is one of the new pilot sites from S-TOP project, as well as Phuket site and Ratchaphiphat hospital in BMA

[11] https://r7.moph.go.th/kkphostrategy/mobile/index.html

As a consequence of interviews, the seamless care operation flows in Khon Kaen province starts from regional/general hospitals that provide inpatient medical care and acute medical conditions covering stroke, TBI, and SCI. In Khon Kaen province, Khon Kaen Hospital, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University Hospital, and some private hospitals can provide acute treatment, and Khon Kaen hospital is a main hospital which screen IMC patients. IMC qualified patients are referred to 22 network community hospitals that are capable to provide IMC services. After rehabilitation treatment at IMC process, based on health conditions and decision making from medical MDT at a community hospital, the patients are referred to; (1) THPHs to receive continuous rehabilitation treatment with nurses or medical staff, or (2) Home program with monitoring by the team of a community hospital. Furthermore, Khon Kaen PHO has planned to establish an additional community hospital, Khon Kaen 2 Hospital, with potential IMC wards for intensive rehabilitation provision as a long-term plan.

The operation of the S-TOP project in Khon Kaen province, since the beginning of project operation, has been in progress. Most of the project activities have been conducted on the track until the pandemic of COVID-19. Because of the pandemic, most medical staff have been transferred to control urgent pandemic circumstance. Accordingly, the majority of project activities have to be postponed against the action plan. The service delivery improvement is going on according to the action plan and there should be more improvement for standardized rehabilitation treatment and high-quality seamless care service as long-term goals. The newly established 2 community hospitals specialized in rehabilitation would help to enhance IMC service quality and support seamless care operation smoothly. One of the challenging issues for project implementation is HRD with the limitation of specialized rehabilitation medical staff. Training programs and knowledge transfer in rehabilitation treatment are highly demanded to support an effective seamless care system operation.

Khon Kaen Hospital refers stroke patients to network hospitals with referral information program namely Stroke @BI, which is effective for seamless care operation in particular for stroke treatment. The hospital consequently has planned to develop the referral information program in expansion to other diseases as well. The system to transfer referral information of patients directly results is an effective health care service provision. The operation for health care service in Khon Kaen still lacks involvement and partnership with the local communities which is crucial for the sustainability of project operation after project completion. The lesson-learned from Japan or the other pilot sites are possibly applied to promote partnership with local communities and enhance cooperation among hospitals and local administration offices for sustainable and effective health care service provision.

4) Surat Thani

Surat Thani province is located in the Southern region, Thailand. The total population in the province is approximately 850,000 as of 2020. According to the statistics from Surat Thani PHO, the number of total medical officers is 11,188. Hospitals and health care service providers under the authority of the MOPH are a total of 219 organizations including 1 regional hospital, 1 general hospital, 19 community hospitals, 19 public health centers, 167 THPHs. Besides, there are 12 Non-authorized Hospitals including private hospitals. For health circumstances, the provincial annual OPD service ratio is 2.85 times in average, and the annual IPD service ratio is 4.44 days in average. The top 3 diseases and causes of death in the province are; (1) Septicemia, (2) Senility, and (3) Congestive Heart failure[12].

[12] https://r7.moph.go.th/kkphostrategy/mobile/index.html

According to the presentation at the JCC meeting, a comprehensive health care service flow in Surat Thani province starts from Surat Thani Hospital as a hospital which can provide acute treatment and IMC screening to the target groups. After the acute care process and screening, the hospital refers IMC qualified patients to 19 network community hospitals, based on the medical right of the patients, though Surat Thani hospital also provides OPD IMC to those who are from the coverage area of Surat Thani hospital. One of the main community hospitals for referral IMC in the province is Phun Phin hospital though it's not a stakeholder of S-TOP project. Surat Thani hospital has an agreement with Phun Phin hospital to refer IPD IMC patient who are from the coverage area of Surat Thani hospital since Phun Phin hospital has advanced capacity for IPD IMC service. On the contrary, Ban Na Dom community hospital, which is a stakeholder of S-TOP project, provides IPD IMC and, OPD IMC and home visit IMC through the intensive cooperation with THPHs and the municipality. After the patients receive IMC at community hospitals, they are evaluated by BI measures with health condition examination by physicians and other staffs including CM for a LTC plan. In case the result of BI evaluation passes the criteria, the hospital accordingly refers patients to home with an individual home program for LTC. In case the BI result evaluation is lower than 15 with impairment, the patients continually receive IMC at the community hospital, then referred to community daycare centers for LTC.

For the S-TOP project operation in Surat Thani province, the most progressive activity is service delivery improvement (since the beginning of the project operation), according to the interview result with stakeholders. However, because of the coronavirus pandemic, project implementation for service delivery enhancement has been postponed due to limited health care workforce and difficult circumstance. The long-term plan of the PHO is to enhance the capacity of all network community hospitals to provide IMC service. Activities to promote the involvement of patients and family members have been in progress with strong cooperation from the stakeholders.

The operation of health care services currently lacks a regular and stable information system to transfer medical information among hospitals effectively. This is the largest challenge for seamless care service provision in Surat Thani.To response to this, the PHO introduced a SMART COC as newly-established referral information system within network hospitals but still in the trial process. Another challenging issue for the S-TOP project operation in the province is financial management for medical service. The operation of IMC and LTC is a newly-introduced medical treatment for Thai society. Therefore, the existing reimbursement system for medical payment is not well accommodated for current IMC services. There should be specific national security funds for IMC and LTC, and re-categorization of medical payment in line with the national health care insurance. The matter requires cooperative actions from the central authorities concerned for implementing as a national policy framework to promote the operation of seamless care service provision effectively.

5) Nakhon Ratchasima

Nakhon Ratchasima province is located in the Northeastern region, Thailand. According to the statistics from the PHO, 16.30% of the total population is 60 years old and older. Hospitals and health care service providers under the authority of the MOPH includes 1 general hospital,19 community hospitals, and 347 THPHs. Apart from the ministry authorized health care providers, there are 4 non-authorized hospitals and 9 private hospitals. For health circumstances in Nakhon Ratchasima province, the average mortality rate is 8.3 per 1,000 populations, and the birth rate is 8.66 per 1,000 populations. Top 3 main diseases and causes of the death in the province are stroke, neuropathy, and blood poisoning respectively[13].

[13] https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

The seamless care service provision flow in Nakhon Ratchasima province starts from Maharat Nakhon Ratchasima Hospital which can provide acute treatment and short-term IPD immediate care for serious illness. The medical multidisciplinary team evaluates the patient's BI after receiving acute care. In case the BI index is higher than or equal to 75 without multiple impairments, patients are referred to a home rehabilitation program through discussion with family members. The hospital also provides a monitoring program to follow up patients' health conditions and information referrals through the Thai COC program. In case the BI index is lower than 75 with multiple impairments, patients are basically referred to community hospitals for IMC.

The IMC service is divided into 3 types. Firstly, IPD IMC provided by a rehabilitation ward of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital[14] or Hua Thale Hospital, and community hospitals which have intermediate beds. Second one is OPD IMC, which the patients are referred to outpatient rehabilitation at community hospital. Thirdly, the patients are discharged to the home program with a home visit by the MDT to follow up and evaluate health conditions. During the IMC process, the medical team monthly evaluates BI until the maximum of 6 months of a full rehabilitation program. The patients are discharged by 100 scores of BI without multiple impairment (independence). Some patients are referred to receive LTC at THPHs, in case their BI score is lower than 95 with multiple impairment (Assist).

As for finance, NHSO Regional Office applies on-top payment for IPD IMC as 1,000 THB per case for regional/general hospital, and 3,000 THB per case for community hospital which can be seen in Chonburi province as well.

The operation of the S-TOP project in Nakhon Ratchasima province started in December 2018, with the selection of target areas and establishment of an IMC service system in 33 hospitals in the province. The initial operations of the project were training to introduce the Thai COC referral information system and the provision of technical capacity development for medical staff. An introduction and installment of the Thai COC referral information system among network hospitals faced a technical problem in information linkage from regional/general hospital to home program and community health center, as well as a problem on the understanding of the medical officers to access the information system. There are other project programs to provide seamless care service effectively including, (1) development of care map for appropriate health care service provision, (2) improvement of IMC evaluation methods in the community hospitals to be the same standard, (3) development of OPD IMC and home visit program, and (4) medical MDT improvement. Improvement of health care service delivery in the province is still in progress which requires better accessibility for comprehensive medical service, more treatment time, and convenient transportation.

6) Bangkok

Bangkok is the capital city of Thailand, located in the central region. The 3 main causes of death in Bangkok are (1) Heart Attack, (2) Septicemia, and (3) Pneumonia. For health care service providers in Bangkok, there are a total of 45 public hospitals divided into 34 hospitals under the authority of the MOPH, and the other 11 hospitals under the authority of the Department of Medical Service (DMS), Bangkok Metropolitan Administration (BMA). The main challenging issues of health care service operation are the increased aging population. An intensive expansion of urban communities in Bangkok against the availability of healthcare service providers is also a challenge for organizations concerned to consider a policy implementation to overcome this issue.

[14] Maharat Nakhon Ratchasima hospital has had a rehabilitation ward which provide IPD rehabliation since more than 10 years ago. This is an outstanding practice, among S-TOP project pilot sites.

According to a presentation at the JCC meeting on the overview of health care service provision in Bangkok, the medical service providers in Bangkok are comprehensive for all medical treatment levels from primary, secondary to tertiary levels. Bangkok is a center of medical innovation and technological transfer. The referral information system among 11 hospitals under the authorization of the DMS, BMA is stable and well established as a strength of health care service provision in Bangkok. However, although the capacity of medical service personnel is high comparing to other provinces nationwide in terms of number and quality, proportion of medical staff per population in Bangkok is low due to a high density of population in urban Bangkok. Although there are plenty of tertiary care hospitals in Bangkok that provides advanced medical investigation and treatment, the beds capacity is limited[15]

Seamless care service in Bangkok is an integrated operation among hospitals, DMS of BMA, District Office, and Health Department of MOPH. The health care service flow for severe cases starts from super tertiary hospitals and then down to tertiary and/or secondary hospital, which is Ratchaphiphat Hospital in the project. Ratchaphiphat Hospital provides inpatient medical treatment and service for complicated diseases. After acute treatment, the patients receive IMC for rehabilitation at the hospitals. Patients are referred to community day-care centers, or return home with home care program, after the completion of IMC program based on individual health conditions. The Ratchaphiphat Hospital has planned to expand its IMC ward and will officially operate in 2021.

For the S-TOP project operation, the network hospitals have attempted to improve their IMC in service delivery by developing OPD-based program for an effective rehabilitation plan and data record. However, the database of hospitals under the authority of BMA and MOPH is different. The referral information system through health care service flow is incomplete and requires improvement. HRD activities have been conducted smoothly according to the action plan, with the dispatched medical staff from network hospitals to attend technical training. The activity to improve referral information system among health care service providers and district offices is difficult to conduct because most of the patients temporally live in Bangkok and return to hometown after receiving IMC. It is, therefore, difficult for the medical staff to conduct the visit program, record information, and then refer to the district office as planned. However, the project operation in Bangkok is outstanding in terms of the partnership with the local community, under a policy initiative, namely 'One Community One Nursing Home Project' which provides medical equipment by the hospital, while the community finds the CGs and the health center, which Ratchaphiphat hospital cooperates with, provides training to the CGs.

7) Chonburi

Chonburi province is located in the Eastern region, Thailand. The total population in the province is 1,209,366 as of May 2020 with 178,975 elderly populations (60 years old and older). According to the statistics of the Chonburi PHO, the total number of medical officers in the province is 12,116 at all operational levels. There are a total of 155 hospitals and health care service providers under the authority of the MOPH including 1 regional hospital, 1 general hospital, 10 community hospitals, 11 public health centers, and 118 THPHs. For health circumstances in Chonburi province, the top 3 diseases and causes of death in the province are;(1) Congestive Heart failure, (2) Senility, and (3) Septicemia (non specified type).

According to the presentation at the JCC meeting, Chonburi and Bang Lamung Hospitals are the main regional/general hospitals providing inpatient medical care and emergency services including patients of Stroke, TBI and SCI in acute phase. After acute treatment with stable conditions, patients

[15] http://www.msdbangkok.go.th/dowload%20file/Plan/plan4years.pdf

receive BI evaluation. In case the BI result is higher or equal to 15 with no multiple impairments, patients are referred for home rehabilitation program with regular monitoring by the medical MDT from community hospitals. In case the result of BI evaluation is lower than 15 or higher than 15 with multiple impairments, the medical MDT refers patients to community hospitals based on the capacity and context of the hospitals, as well as involvement and decision making of family members. During IMC, the medical team conducts BI evaluation every 1-2 months until the end of IMC (maximum 6 months), then refers for LTC at THPHs or discharges to home.

The S-TOP project operation in Chonburi province recently concentrates on the IMC service delivery improvement, referral information system improvement, and more involvement and partnership with family members as well as the local community. The network hospitals are improving their capacity to support IMC as IPD cases and developing IMC programs in collaboration with stakeholders at the community level. The HRD activities mainly aim to increase specialized rehabilitation skills of medical staff. For example, the Supreme Patriarch Nganasamvara Geriatric Hospital supports capacity development of rehabilitation to nurse within the network regional/general hospitals and community hospitals in the province. The meeting of the medical MDT and home rehabilitation program is expected to continually promote the involvement of patients and family members. The introduction of smart COC for IMC and Google drive has been planned to improve the referral system for seamless care service in Chonburi province.

The project operation is generally in progress, and most of the activities have been conducted according to the action plan. However, the regional/general hospitals in Chonburi province are still lack of availability for emergency cases as well as infrastructure and medical equipment for comprehensive rehabilitation and elderly care. Budget allocation for IMC services from the NHSO is On-Top system, which allocates financial support to origin hospitals (regional/general hospital) with the rate of 1,000 THB per case and destination hospitals (IMC hospitals) with 3,000 THB per case. However, according to the study of Chonburi hospital, Sattahip KM 10 hospital, Wat Yansangwararam hospital and another 5 hospitals in Health Service Area 6, there should be increased financial payment to 2,000 THB per case for origin hospital and 5,000 THB per case for destination hospital to cover actual service expenses more comprehensively. The IPD-IMC patients cannot receive compensation for the IPD room. The appropriate infrastructure and adequate recovery rooms for IMC patients are also challenging issues for seamless care operations in Chonburi province.

8) Phuket

Phuket is the country's largest island located in Southern Thailand. The current total population in the province is 263,917 as of May 2020. According to the statistics from the Phuket PHO, the total number of medical officers in the province is 4,486 at all operational levels with 1,973 health care volunteers. There are total of 32 hospitals and health care service providers under the authority of the MOPH including 1 regional hospital, 3 community hospitals, 3 public health centers, 21 THPHs, and 4 other medical service providers. For health circumstances in Phuket, the provincial annual Out-Patient Department (OPD) service ratio is 2.50 times in average and the annual In-Patient Department (IPD) service ratio is 4.71 days in average. The top 3 diseases and causes of death in the province are; (1) Senility, (2) Unidentified diseases, and (3) Congestive Heart failure[16].

Referring from the presentation at the 2nd JCC meeting of the S-TOP project operation in Phuket, there is a plan to develop work procedure to refer patients from Vachira Phuket hospital which can provide

[16] https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

acute treatment to the community hospitals as IPD cases with the service of IMC nurse CMs at 3 network hospitals to improve the service delivery. However, access to IMC of patients in Phuket is still low as patients are reluctant to continually receive IMC. A referral back system to community hospital has not been well-established and the hospitals are lack of nurses to be in charge as CMs to coordinate for referral cases. In the case of out-reach rehabilitation or home program, some patients are reluctant to accept home visits by the medical MDT. Availability of the health workforce is also a challenge to operate seamless care provision. As PTs and occupational therapists (OTs) take important roles for the rehabilitation program, the network hospitals need more specialized rehabilitation medical staff and speech therapists (STs).

A referral information system is remained as a challenge for IMC improvement. According to the information provided in the project documents, the current referral form requires excessive information and difficult to operate. The direction for a referral information system is yet unclear and data collection is not systematic. The improvement in the referral information system with better systematic data management and improved data form is required for effective seamless care operation. At the same time, the financial issue is also a concern for health care provision. The current reimbursement system is inappropriate for IMC because compensation from NHSO is not comprehensive for actual medical expenses. The budget distribution is insufficient for medical operations as well.

Besides, cooperation between the hospitals and Phuket city municipality and Ko Keao Tambon Administration Organization are being developed and the municipality established both municipalities plan to establish daycare center for post-IMC and elderly care after IMC provided by the hospitals.

3.1.2.2 Ministry Narrative Summary

1) Ministry of Public Health (MOPH)

The MOPH is a Thai governmental body responsible for the oversight of public health in Thailand. The current policy direction and implementation framework of the MOPH aim to implement the 20 Years National Strategic Plan for Public Health (2017-2036) to ensure alignment and linkage with the 20-Years National Strategic Plan 2017-2036, the 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021), Thailand 4.0 Agenda, and the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs). The contents of this national strategic plan for public health include the situations and key factors of having impacts on health, health status, and the four strategies of excellence of the MOPH[17].

Thailand is expected to enter the era of the aged society soon with forecasted elderly population among total population as 20% in 2021. The preparedness for the aged society is a serious national agenda in terms of various aspects including, but not limited to, the promotion of elderly well-being in health, economic, social, and environmental dimensions. As a part of policy implementation according to the National Strategic Plan for Public Health, the ministry developed **"Aging Society Preparedness Policy: Seamless Home Health Care"** to respond to the rapid move of Thailand from the aging society to the aged society. In this umbrella, the ministry has developed LTC service for elderly in community based, as sub-district level, in order to provide necessary care to elderly who are classified as **"home-bound"** and **"bed-bound"** by ADL evaluation, and their family CGs as well as health promotion and prevention program. As of September 2020, KPI regarding LTC system, that is **"Percentage of sub-districts that have a long-term elderly care system in their communities through the criteria",** has reached 92.93%, which shows clear progress of LTC service provision.

[17] http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsplan2017Eng.pdf

As LTC service developed, the ministry next focuses on IMC for functional recovery and prevention of disuse syndrome for some diseases that are likely to require LTC after occurrences, such as stroke, TBI and SCI, and link them to community-based care. According to a policy framework to support IMC development, Office of Permanent Secretary has developed a service plan for IMC aiming to improve seamless care service operation for elderly care in Thailand, as **"Guideline on IMC for Medical Personnel under Health Care Service System Development Plan (Service Plan)"** published in January 2019. The principle of the policy framework considers the context of health care service in Thailand, enhances effectiveness on resource and capacity management based on the academic evidence, extracts develops lessons-learned from health care development in overseas and domestic best practices, and connects with exiting community-based rehabilitation. Initially, the target patients of policy implementation are those of Post-Acute Stroke, TBI, and SCI. The purposes to improve IMC service are; (1) reduction of congestion in regional or general hospitals, (2) promotion and improvement of intensive rehabilitation and impairments reduction, (3) increase in provincial or district bed utility, (4) enhancement of self-caregiving, and (5) connection to community-based caregiving. For further policy implementation, an extension of target groups to other groups of patients, including elderly patients with disability, post-surgery, and chemotherapy patients, may be considered to cover patients more comprehensively.

Regarding the S-TOP project, MOPH is the main counterpart at the central government and its Permanent Secretary is a project director. In detail, MOPH cooperates in IMC technical support for policy implementation in the 8 pilot sites.

2) Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS)

MSDHS is a Thai government body responsible for the oversight of Social Development and Human Security related issues. According to its 3- years strategic plan for 2020 – 2022, there are four national strategies on social development and human security: (1) Opportunity enhancement to access social services based on the self-sufficiency approach (2) Immunity creation and capacity enhancement of target groups to realize their full potential, (3) Embrace of social synergy as a mechanism for social development, and (4) Good governance promotion in organizational management in striving to become a leading social agency[18]. Under the MSDHS, the DOP, established in 2015 as a potentially responsible body to promote elders' potential, welfares, and the right's protection in collaboration with the organization's mission.

The mentioned circumstance is a significant challenge for the preparedness of a quality aged society. The DOP, consequently, pursues developing policy measures to promote rights for elderly well-being in correspondent with the Constitution of the Kingdom of Thailand (2017), Act of Parliament (2003), and 20- years National Strategies, by integrating policy implementation of the government agencies concerned, public and private sector, and civil society for effective elderly policy operation[19].

The policy measures' goal on the ageing society is to **"Active Ageing: Healthy, Security and Participation"** by accomplishing **'principle 6 sustainable matters and 4 changes'** under 2 principal policy measures. The 1st principal measure focuses on improving the quality of life of the elders and all generations. It aims to establish a welfare system and social protection for the elderly, including promote elders job employment and stable income, develop health system for the aged society, house modification and public spaces for elders' safety, set-up Time Bank system, and educate young generation for preparation

[18] https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_eng/ewt_news.php?nid=6
[19] http://ebooks.m-society.go.th/ebooks/view/458#page/1

in all aspects. The 2nd measure is a capacity enhancement to achieve public management 4.0 targeted on the aged integrated aged society as the national agenda, revisions of laws and regulations to support elders' employment, data system reform to facilitate implementation on ageing issues, innovation from minimizing inequality in an ageing society.

The policy implementation at the national level is the main responsibility of the National Committee for Elders in collaborating with the Sub-committee on National Policy Implementation for the Aged Society Properness. The six primary policy implementers as the central authority are; MSDHS, MOL, MOPH, MOI, MOE, and MOST. The implementer at the provincial level consists of the Provincial Committee on Social Welfare Management, and Social Development and Human Security Provincial Offices.

Regarding the S-TOP project, the Permanent Secretary of MSDHS is a co-project director. Quality of Life Development Center, home renovation, and elderly volunteers of the ministry are the critical resources in the S-TOP project.

3) National Health Security Office (NHSO)

NHSO was established in the year 2002 as a state agency with the status of a juristic person under the supervision of the Minister of Public Health, the chairperson of the National Health Security Board. The NHSO was established and performed the duties according to the National Health Security Act B.E.2545 (A.D.2002) and responsible for administrative work of the National Health Security Board and the Quality and Standard Control Board. The principal mission of the organization is to secure people toward effective, equitable, responsive coverage, access, and utilization by evidence-informed decision and participation[20]. In the S-TOP project, Secretary-General to the NHSO acts as a co-manager with the Deputy Permanent Secretary of MOPH and Deputy Permanent Secretary of MSDHS.

In Thailand, the UCS has been an initial introduction since 2002. The UCS has increased healthcare access by reforming health care service provision. The strategy of the UCS implementation is divided into 4 phases. In the 1st phase (2003-2007), the roadmap introduced UHC through an integrated mechanism and comprehensive health service system provision and management. The 2nd phase (2008-2011) focused on effective national budget management, comprehensive co-operation from counterparts, and organizational management improvement. The 3rd phase (2012-2016) aimed to sustain the UHC, ownership from stakeholders, harmonization of national health insurance, and improve primary care service support. The 4th phase (2017-2021) focuses on the participation and co-operation of all sectors to provide the best possible services to the beneficiary.

Healthcare services development has been prioritized in the national agenda. The health development plan included in the past National Economic and Social Development Plans accordingly. Health experts and scholars took key roles in policy formulation at the national level and policy implementation at local levels. The participation and practical approach of health managers at provincial and district levels were essential to translate policies into successful program implementation. Health programs have been well-received by communities as an achievement of policy implementation accordingly. In spite of successful consequence, Thailand still faces several health challenges: a rapid growth of elders, geographical disparities on health access, and risk factors contributing to adult mortality, such as tobacco and alcohol use, changing diets and poor traffic law enforcement[21].

[20] http://eng.nhso.go.th/view/1/Vision_Mission/EN-US

[21] http://eng.nhso.go.th/assets/portals/1/files/06%20Policy%20Briefing%20Thailand%20%20Good%20Health%20at%20the%20low%20cost.pdf

Accordingly, the NHSO had developed the 5 years strategic plan (2017 – 2021). The direction and strategic framework of the plan are consistent with the Constitution of the Kingdom of Thailand 2017, 20-years National Development Strategies, Public Health Reform under the Model Scheme of National Strategies, the 12th National Economic and Social Development Plan, the 12th National Health Care Development Plan, Integrated Health Care System Development Model Scheme, and other relevant national strategies[22].

Under the policy framework of the NHSO, the transition of patients from acute care to IMC, the NHSO provides financial support for the IMC operation through the On-Top payment system. The IMC service budget is allocated to origin hospitals (regional/general hospital) with THB 1,000 per case and THB 3,000 per case at destination hospitals (IMC hospitals) in some health regions. According to the interview results with counterparts from the NHSO, as of October 2020, there is no specific budget allocation on IMC services in the national health security program. The NHSO is currently attempting to allocate the national budget as a reimbursement budget for IMC service. However, it is still in the consideration process of a project proposal.



[22] https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMg==

Discussion Paper
Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons
Contents

Introduction 31

1. Service delivery of IMC 32
   - 1.1) Roles of regional hospitals and general hospitals in seamless care service 32
   - 1.2) Quantity of IMC services (supply and demands) 32
   - 1.3) Quality of IMC services 33
     - 1.3.1) Early intervention of rehabilitation 33
     - 1.3.2) The Activity of Daily Living (ADL) evaluation and its usage for Quality of Life (QOL) 34
     - 1.3.3) Team-approach 34
     - 1.3.4) Clinical Practice Guideline (CPG) 35
     - 1.3.5) Continuity/frequency of patients in receiving IMC services 35
2. Human Resource in IMC 36
   - 2.1) At National Level 36
   - 2.2) At S-TOP Pilot Sites 37
3. Finance in IMC 38
   - 3.1) Finance in IMC at National Level 38
   - 3.2) Finance in IMC at S-TOP pilot site 38
4. LTC Services 39
   - 4.1) Service Delivery 39
   - 4.2) Human Resource Development (HRD) for LTC 40
   - 4.3) Finance for LTC 40
   - 4.4) Cooperation with Municipality and partnership with local community 41
5. Cooperation in between relevant organizations 41
   - 5.1) Information Referral System from Acute Treatment to IMC, and IMC to LTC 41
   - 5.2) Technical cooperation in between hospitals and other LTC service providers 42
   - 5.3) Feedback from LTC to Acute Treatment and IMC 42
6. Involvement of patients/service users and family members in seamless care at S-TOP 43
   - 6.1) Involvement in decision making 43
   - 6.2) Capacity development/training 43
7. S-TOP Project Operation 44
   - 7.1) Implementation Structure/ Working Team (WT) Meetings 44
   - 7.2) Operational Roles of All Counterparts; MOPH, MSDHS, and NHSO 44
   - 7.3) General Monitoring and Evaluation System of Sites Activities 44
   - 7.4) National Seminar/ In-Country Training and any technical cooperation 45
   - 7.5) Topics of In-country and Japan training 45

References 47

Introduction

This discussion paper aims to be basic contents for the conclusion of a mid-term review of the S-TOP project. The discussion paper has been developed during the mid-term review conducted from March 2020 to October 2020. The objectives of the mid-term review are to reflect achievements in the first half of project period (Nov. 2017- Mar. 2020) and to set up direction of activities in the second half of the project (Nov. 2020-Nov. 2022).

This discussion paper was drafted by IC net Asia CO. LTD. through the intensive research works and revised by frequent discussion with the S-TOP experts.

Then, the discussion paper has been developed through 5 Steering Meetings on 7th,11th, 17th, 24th and 26th of August, 2020, with Dr. Prasitchai Mangjit (Director of Kaengkhoi Hospital, Director of Region 4 Public Health Office, MOPH), Dr. Bootsakorn Loharjun (Physician Specialist Level, Deputy Director of Academic and Medical Affairs, SNMRI), Dr. Piyanuch Samerwong (PM&R Doctor, Deputy Director and Head of Rehabilitation Medicine Working Group, Chonburi Hospital), HAD of MOPH and the S-TOP members. See the appendix 4.1 for the detail. The direction of activities in the second half of S-TOP project will be determined at 3rd JCC to be held in December 2020.

The information seen in this paper are collected only from the 8 pilot sites of the S-TOP project. Although some are regarding the national level, this does not mean the paper mentions about the situation of all over Thailand. Especially, 2.) Human Resource in IMC and 3.) Finance in IMC have the sections which mention about the situation and response at national level, since what found in the pilot sites are strongly connected to the matters at national level.

The basic structure of each section under the chapters is as below,

1. **Situation in the pilot sites:** Some sections includes information at national level which may help to understand the situation in the pilot sites.
2. **Response to concerning issues/challenges :** This explains theoretical and ideal responses which can be considered in general. Thus, these do not mean to be done all mandatory.
3. **Possible Contribution by S-TOP** : This explains possible responses in S-TOP regarding Response to concerning issues/challenges.

1. Service delivery of IMC

1.1) Roles of regional hospitals and general hospitals in seamless care service

Roles and responsibility of regional hospitals and general hospitals[23] are crucial in IMC and seamless health and social service. For example, planning and leading IMC development at both provincial and regional level as a starting point of IMC services flow is an essential task of regional hospitals.

Together with a tight cooperation with PHO, regional hospitals and also general hospitals are expected to do networking within the relevant organizations, make task allocation to each organization and professional, provide technical support and do monitoring especially IMC service in seamless health and social care services. Practically, regional hospitals and general hospitals also have a role of screening of IMC case and providing necessary consultation and acute treatment in terms of rehabilitation. See 3.3 for the good practices. Meanwhile, some community hospitals have also enough capacity to be node of IMC provision, in terms of providing practical roles of regional hospitals and general hospitals mentioned above, even though ideally it would be better start IMC from regional hospitals and general hospitals.

Response to concerning issues/challenges

- The regional hospitals and general hospitals are expected to take responsibility in leading and coordinating the seamless care service in a whole province with the cooperation with PHO for the main responsibility to lead the discussion between stakeholders, appropriate plan and its implementation on seamless health and social services, especially IMC at the current moment
- Also, the regional hospitals and general hospitals should provide; 1) acute care for active but short-term treatment in IMC, and 2) technical support for network hospitals and health service providers to promote the operation of the seamless care service in the province
- Further involvement and capacity development of potential community hospitals to be node hospitals of IMC.
- In a long-term view, develop systems to realize practical clinical case management and data management at the provincial levels and these implementations at community hospitals and THPHs.
- The regional and general hospitals are expected to have an initiative for information referral which is also a key for seamless care service. See the details in **"5.1) Information Referral System from Acute Treatment to IMC, and IMC to LTC"** (p.41).

Possible Contribution by S-TOP

- Promotion and support of medical knowledge transfer from regional hospitals and general hospitals to community hospitals for enhancing capacity of IMC service providers.
- Introducing and explaining further about Japan's cooperation system on IMC in the community and its development, especially to the executives and policy makers at both national and provincial level.
- Share lesson learnt of making clear differentiation of roles and tasks between tertiary hospitals and secondary hospitals both at the policy and operational levels in Japan

1.2) Quantity of IMC services (supply and demands)

One current challenge on IMC operation in the pilot sites in term of quantity is that some com munity hospitals are not in the position to provide IMC services due to insufficient technical capacity, equipment, and especially inadequate health care workforce, in terms of both quantity and capacity of the workforce, to provide services. Another challenge is that the number of patients who are qualified to receive IMC service is different from the number of patients who completely receive IMC services

[23] See Appendix 4.2 for the general information on medical service provision in Thailand.

due to several reasons, such as the inconvenience of family members to provide caregiving during rehabilitation treatment.

Response to concerning issues/challenges

- There should be a foster movement on increasing medical human resources and providing sufficient financial sources as a collaboration between the S-TOP project and relevant government organizations. It is mentioned about human resources in **"2) Human Resource in IMC"** (p.36-37) and financial sources in **"3) Finance in IMC"** (p.38-39).
- Support system for transportation may need to be considered for accessibility at the community level
- Further involvement of the hospitals under different ministries such as university hospitals and private hospitals, and networking with them.
- Develop reimbursement system for the involvement of other types of hospitals which are mentioned in **"3) Finance in IMC"** (p.38-39)
- Need for further development of referral system mentioned in **"5) Cooperation in between relevant organizations"** (p.41-43)

Possible Contribution by S-TOP

- Supports on activities to raise public awareness on the advantage and necessity of IMC services to meet the potential demands of IMC service.
- The project could also introduce Japan's trials and errors on seamless care services since the 1980s, and its development, in service delivery, human resource and financing. This may be able to facilitate discussion on IMC at the central government which would lead to make policy recommendations.

1.3) Quality of IMC services

According to the Donabedian model, quality of medical care can be evaluated by the three com ponents, which are **"structure", "process"** and **"outcome".** In this section, the paper focuses on the **"process"** of IMC to meet quality and raises up four methods (1.3.1-1.3.4) and another viewpoint (1.3.5) for better IMC service provision in the 8 pilot sites. These are in addition to the basic methods of **"process"** of IMC service which can be seen in the 8 pilot sites, and selected referring from the Japanese experiences in IMC development.

1.3.1) Early intervention of rehabilitation

Rehabilitation should be operated as early as possible at the acute phase, for example, not to miss golden time, for quicker and better recovery of patients. Through the experiences of development of IMC in Japan, it's been found the importance and effectiveness of early intervention of rehabilitation which could be considered as screening of IMC target groups, consultation by PM&R Dr., making problem lists, goal setting and planning, and implementing acute rehabilitation program. Especially at regional hospitals and general hospitals, the implementation of this has reached a certain level, by providing early rehabilitation by nurses, PTs and OTs at wards. However, this implementation depends on the quantity of human resources and human resource management in each hospital. Also, PM&R Dr. is indispensable for coordination within the hospital as well as medical consultation. In this regard, further capacity development and allocations of PM&R Dr. are still challenge. See 3.3 for the good practices.

Response to concerning issues/challenges

- Cooperation with Neurology, Neurosurgery, and Orthopedics department for finding target groups for IMC screening and/or awareness of the importance of IMC within hospitals.
- Consultation with PM&R Dr. and PT to develop rehabilitation standing order as well as to design an appropriate and effective rehabilitation program would be helpful to strengthen the early intervention of rehabilitation.

Possible Contribution by S-TOP

- Technical advice and support to stakeholders of the S-TOP project to identify the clarification of early intervention of rehabilitation and to develop guidelines.

1.3.2) The Activity of Daily Living (ADL) evaluation and its usage for Quality of Life (QOL)

The hospitals generally use Barthel Index (BI) to assess abilities on ADL, however, practically, they hardly concentrate on the evaluation of ADL due to limited medical workforce and expertise on this issue. In order to evaluate the effectiveness of rehabilitation program, it is also important to consider "performance ADL" and "possible ADL" separately, for example. Additionally, BI does not cover some abilities and wider daily actions which are essential for actual daily life. For example, patients who got BI full score were discharged, although there were still spaces to improve function and daily activities. Meanwhile, QOL could be an ideal indicator to assess a patient's condition holistically, however, this has also challenged to conduct rigorous evaluation since its nature of QOL. Besides, ICF can be also utilized for foundation of team communication for holistic evaluation through team approach. This is mentioned in the next section **"1.3.3) Team-approach"** (p.34-35). On the other hands, there would be another suitable evaluation index and tools for the Thai context and consideration on this point is important as well. For reference, at the current situation, Glasgow Coma Scale is also used for evaluation of conscious level at the beginning of cute treatment.

Response to concerning issues/challenges

- It is crucial to raise medical personnel's awareness of the emphasis of accurate and regular ADL evaluation, its usage and limitation for leading better Quality of Life (QOL) by conducting a training program for stakeholders, or other relevant activities. Regarding human resource development, it is mentioned in **"2) Human Resource in IMC"** (p.36-37).
- For example, FIM, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center Functional Assessment (SNMRC Functional Assessment) which integrates FIM and IADL, and EQ-5D for QOL may be options to use in hospitals and rehabilitation centers since these need more specific knowledge and skills.
- Use the same tools of ADL evaluation between IMC and LTC as for fundamental monitoring and evaluation.

Possible Contribution by S-TOP

- Technical support to promote evaluation procedures, for example, ADL and BI, IADL and QOL, widely based on the discussion with counterparts at the pilot sites and at the central government.
- Need of prioritization and selection of the pilot sites and target groups for implementation of further ADL and/or QOL evaluation in addition to BI as basic evaluation.

1.3.3) Team-approach

Team approach realizes to assess a patient/service user from multiple aspects to improve their ADL, social participation, and QOL by not focusing on only the physical condition at impairment level. At regional hospitals in the pilot sites, rehabilitation by team approach has been begun and seeing effective outcomes as well, though the coverage of patients is not enough due to the limitation of quantity of human resource. On the other hands, some community hospitals in the pilot sites have challenges on information gathering and sharing, discussion, and cooperation within the team members which might be also attributed from missing leadership in a team.

MDT is organized in almost all pilot sites, and case conferences and home visits are done by MDT. However, there are challenges to share and exchange information effectively within MDT as well. To respond to this situation, the medical personnel in some pilot sites have started utilizing the **International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) model to conduct more functional MDT meeting to provide appropriate and effective treatment and care for patients/service users.** In addition, to cover the lack of specialized medical personnel, other medical professionals try to compensate by the extra skills gained through the postgraduate training program. Consequently, **"trans-disciplinary team approach"** has been conducted in some pilot sites.

Response to concerning issues/challenges

- Promotion of systematic team approach in information sharing, holistic evaluation, setting goal and planning to cover all aspects for QOL
- Training on technical improvement for medical staff and encouragement to increase undergraduate programs on OT and ST at the national level is significant to promote the medical team approach for effective health care services.
- Consider the several types of team approach, as MDT, Interdisciplinary Team (IDT) and Trans Disciplinary Team (TDT), and appropriate use of each would help efficient work in the limited human resource. For example, TDT would enable the health workforce to expertise in several medical fields and take the roles and responsibilities of other positions and/or occupations.
- Development of care manager for seamless care service provision with a team at community hospital.
- In a short term view, secure part time workers as human resource and do capacity development to them.
- In a middle term view, utilize information technology by tele-consultation and tele-rehabilitation at regional and general hospitals.
- In a long term view, develop an estimation of demands of relevant human resource and show the result to the executives.

Possible Contribution by S-TOP

- Promotion of a team approach by dispatching Japanese short-term experts, for example, on 1.) medical social worker (MSW) who has a key role for team approach in IMC in Japan, and 2.) OT and ST to conduct on the job training as a knowledge transfer.

1.3.4) Clinical Practice Guideline (CPG)

Department of Medical Services (DMS), Ministry of Public Health (MOPH), in collaboration with Health Administration Division (HAD) has been developing an official Clinical Practice Guideline (CPG) as a principle for IMC operation in Thailand. However, these are not made to be detailed and have less force. For example, some regional hospitals in the pilot sites refer to another stroke rehabilitation guideline for practical use. See 3.3 for the good practices. According to the meeting with DMS in January 2020, MOPH, and the 10th WT meeting in August 2020, DMS is now developing the CPG on IMC. It is based on IMC guideline made by MOPH in January 2019 with the additional sections for palliative care and geriatric viewpoints. DMS plans to utilize this CPG by using multimedia such as roll-up banner, video clip and e-learning by July 2020 and implement it in some pilot sites in the fiscal year 2021.

Response to concerning issues/challenges

- It is good if there is an integrated framework for CPG for health care practice under the authority of HAD and DMS of MOPH.

Possible Contribution by S-TOP

- Technical support and advice to develop CPG for operation in the pilot sites and at the national level with the utilization of the experience from seamless care services in Japan.

1.3.5) Continuity/frequency of patients in receiving IMC services

Regular and continuous provision of IMC to each patient with appropriate frequency is crucial for improvement of function and daily lives of them. At the moment, this has limitation due to human resource, finance and understanding and social environment of patients in the pilot sites.

Response to concerning issues/challenges

- Need overall development of human resource, finance and patients and families' understanding as mentioned in **"2.) Human resource in IMC"** (p.36-37), **"3.) Finance in IMC"** (p.38-39) and **"6.) Involvement of patients/service users and family members in seamless care at S-TOP"** (p.43).

Possible Contribution by S-TOP

- As an example, share experiences of some individual cases -stroke, TBI and SCI- with all process of rehabilitation and show outcomes to the field workers in Thailand with the remarks of contextual differences in between Thailand and Japan

Response to concerning issues/challenges cross-section **in 1.) Service delivery of IMC**

- Further awareness and understanding of the medical doctors all at regional hospitals and general hospitals, and community hospitals are essential.
- Consider strategy development at both provincial level and field of service provision, to realize five sub-topics for quality of IMC service.

Possible Contribution by S-TOP cross-section **in 1.) Service delivery of IMC**

- Provision of opportunities for information and experiences exchanging as knowledge management in between the pilot sites
- Promotion to share know-how of good examples of the pilot sites to nationwide Thailand.
- In a long term view, an establishment of regional medical rehabilitation institutes which can also have roles and functions of research may be considered in response to the increasing demand for IMC services from the coming aged society.
- Further involvement of patients' doctors as a micro view and executives of hospitals as a macro view to any types of the S-TOP project activities.

2. Human Resource in IMC

2.1) At National Level

The demand for IMC services is forecasted to increase along with the aging of society while the service provider is still limited[24].

The number of medical staff in rehabilitation for IMC service is insufficient due to limited technical capacity. There are a few medical courses in universities that particularly support the IMC operation, specifically OT and ST. The number of medical research institutes specialized in rehabilitation in Thailand is also limited, especially in regions. Even, the research done by SNMRI revealed quantity of OT and ST will not keep up with demand over the next 10 years. Also, it cannot be ignored that there are concerns about outflow of medical professionals to private hospitals.

Response to concerning issues/challenges

- Estimations of future demand and human resource development plan for each occupation are required.
- Cooperation with the educational sector for the long term human resource development
- Standardization of postgraduate training program for medical professionals

Possible Contribution by S-TOP

- Promote the importance of rehabilitation human resource development.

[24] The shortage of medical workforce, with the low proportion of medical staff per total population in the nation, is a challenge for effective health care provision in Thailand according to the information in Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health by the MOPH (2017 – 2036). According to the goal of the 20 years national strategies of the MOPH, the ministry would like to increase access to medical services for Thais as well as mental health concerns of operating staff.

- Technical supports to Thai government organizations concerned to make a study on minimum required workforce on IMC operation in the Thai health care context based on lesson learnt from IMC operation in Japan.

2.2) At S-TOP Pilot Sites

The main challenge for seamless health and social care operation at the pilot site, is an inadequate number of expertise medical staff for IMC service provision. Especially, nurse specialized in rehabilitation, OT and ST are crucial.

Another issue is low retention of the staff in public hospitals and THPHs, especially co-medical staff and LTC service providers, such as OTs and, health care volunteers and caregivers[25]. Then, the responsibility of the service often goes to nurses who generally have heavy workload.

Insufficient human resource also attributed in less provision of IMC services mentioned in the section **"1.2) Quantity of IMC services (supply and demands)"** (p.32-33), the limitation of ADL evaluation and its usage mentioned in the section **"1.3.2) The ADL evaluation and its usage for QOL"** (p.34), challenges on operation of team approach mentioned in the section **"1.3.3) Team-approach"** (p.34-35), **"1.3.5) Continuity/ frequency of patients in receiving IMC services"**(p.35-36) and limitation on provision to involve patient and family members mentioned in the section **"6.2 Capacity development/ training"**(p.43), consequently. Responses to the above are mentioned in each section. Also, in the interviews, 12 persons among 21 Thai interviewees mentioned about human resource development and/or its national strategy is necessary to be developed and expanded in order to sustain IMC services in the pilot sites. See 3.3 for some good practices such as Khon Kaen, Nonthaburi and Surat Thani site.

Response to concerning issues/challenges

- Further provision of on-the-job training program for relevant medical officers instead of the general classroom training program may be considered for enabling the officers to attend the program successfully for enhancing technical capacity in rehabilitation treatment without leaving the work for training.
- Training programs on IMC for nurses need to be considered, for example, expansion of 4-month Rehabilitation nursing course of SNMRI and planned human resource development in each pilot site.
- Include rehabilitation subject into a general nursing curriculum
- Develop professional resource that can substitute for OT and ST partially.
- Utilization of Thai traditional medicine under the consultation of professional physicians may be considered.
- It is considered important to increase retention of medical staff and any other resource personnel, for example, increasing the positions of medical staff as government officers at public hospitals and medical service providers, and providing basic treatment for volunteer workers who may be potential workforce for IMC in communities.
- Further capacity development and awareness raising on IMC of health volunteers and caregivers, and increase these quantities

Possible Contribution by S-TOP

- Dispatch of Japanese medical experts to conduct lectures and on-the-job training for medical staff at the pilot site.
- Estimation of necessary number of rehabilitation human resources at each level of hospitals referring to the Japanese method for an effective implementation framework.
- Stimulate other resource organizations such as nursing council and promote IMC.

[25] In this paper, "health care volunteer" is defined as those who registered health volunteer scheme of MOPH and "caregiver" is defined as those who complete caregiver training course of MOPH regardless types of training course. Many of health volunteers are already elderly and it's assumed a certain population of health volunteers may not function in service provision. Besides, "elderly volunteer" is another volunteer system under MSDHS, which is defined as those who registered elderly care volunteer scheme and completed 18- hour elderly care training course

3. Finance in IMC

3.1) Finance in IMC at National Level

Currently, there is no specific budget allocation on IPD IMC services in the national health se curity program. Although there is compensation for OPD, it is a small sum compared with the actual expenses. The NHSO is currently attempting to allocate the national budget as a reimbursement budget for IMC service, as it plans to establish a clearer framework for the reimbursement for IPD IMC services in the fiscal year 2022 and to implement a clear service package for OPD and home visit IMC in fiscal year 2021 as mentioned in the previous section.

Response to concerning issues/challenges

- More discussion among the stakeholders is required for an appropriate financial allocation and reim bursement system for effective seamless care service provision
- It is necessary to clearly include IMC in the DRG and set it more in line with the actual service implementation in a long term view.
- For IPD IMC, it may be an option to select target group according to cost-effectiveness[26]
- It may be realistic to first aim to expand On-top payment to 12 health service areas since it will take time to realize the inclusion of IMC in the DGR.
- It is also important to show the financial authorities that the cost of LTC in the future will be reduced due to the progress of IMC services.

Possible Contribution by S-TOP

- Continuous introduction and explanation of Japanese medical health insurance system, LTC insurance system, and Japanese experience to improve Thailand's national budget allocation for health care service operation
- Consideration of any applicable Japanese policy and framework regarding medical services, for example, items in Japanese medical fee schedule such as required occupations, staffing, and performance outcome of improvement on health conditions could be thought according to the context and capacity of the Thai medical system

3.2) Finance in IMC at S-TOP pilot site

Hospitals and PHO address the finance by their own trials such as coordination with the other departments to unravel finance, promoting donation in the communities, and receiving patients who pay the additional cost by themselves to run IMC. However, cost analysis of one IMC case mostly has not been done in the pilot sites and it would be expected to be done in the future anyhow. Refer to the 3.3 for good practice of cost analysis of Ratchaphiphat hospital, BMA. In some provinces, local NHSO developed On-top payment system and this has been applied for IPD IMC which boosted start-up of IMC services. However, the current amount of On-top payment does not cover full cost, thus some community hospitals do not choose to implement IPD IMC. As for OPD IMC, through more than two years of negotiation within the government, NHSO started paying 150 THB per case, which still partially includes some challenges for the service providers. The Thai government now considers more appropriate budget for IMC and will start new budget package for OPD and home visit IMC in FY 2021[27].

[26] SNMRI found those who have BI score more than 11 and less than 19 are the best target group by considering outcome of intensive rehabilitation and its cost through a research.

[27] This is basically from rehabilitation found, and services are divided to PT, OT and ST which PM&R Dr. decides combination of each. The service is provided to three target groups of IMC, after acute phase up to 6 months. This package is 30 sessions/case in total of PT, OT and ST, and 150 THB/session is provided from the government to service providers. (Meeting with NHSO on 3rd September 2020)

Response to concerning issues/challenges

- Initiatives may be taken for fundraising through charity, foundation, and community fund to generate financial source for the IMC operation at the hospital.
- Active and continuous efforts and promotion on IMC finance to PHO and regional security office together with the cooperative works with them.

Possible Contribution by S-TOP

- Discussion with the NHSO regarding the implementation of cost analysis at the national level and practice at the pilot site.
- Provide collected data through monitoring and evaluation of the activities of pilot sites to NHSO regularly, for the discussion above.
- Consider developing a template for data collections and cost analysis to be utilized by the pilot sites.

4. LTC Services

4.1) Service Delivery

Although it is necessary to expand LTC service furthermore as progress of aging, it would be appropriate to expand home-based services in community with the initiatives of municipalities which are close to residents. Especially, day-care services, home visit services, home renovation and welfare equipment provision are expected to be given some supports by municipalities in the pilot sites.

Day-care centers are being developed in some pilot sites intensively and the others are also gradually developed. The operation methods differ site by site, depending on characteristics of the areas, however, it is often found that local governments provide location and staff in some cases, and medical service providers such as THPHs provide technical supports for the services. Day-care centers aim to be a health and social care provider for IMC, post-IMC and LTC of referred patients/service users from community hospitals and to have a function as a coordination base for the home visit program. See the appendix 4.4 for the examples of day-care services[28].

As for home visit services, it is expected that volunteer workers play an even more active role in LTC in order to efficiently utilize medical personnel.

Regarding home modification and assistive devices, there are some schemes under MSDHS, in spite of facing budget limitation. As can be seen, LTC embraces multiple aspects not only health but also social aspects, human life and dignity, which needs cooperation and collaboration over the boundaries of relevant organizations and sectors for its realization.

Response to concerning issues/challenges

- Make standard and pattern of LTC services, with the aspects and prioritization of medical, social and well-being in each area.
- In this regard, it may be useful to make a guideline for day-care service operation and day-care service delivery to make a standard of day-care center.
- Clarify roles of each relevant organization, especially MOI.
- Increase in the number of day-care centers and utilization of the QOL centers under the authority of MSDHS is considered effective to improve access to LTC and provide seamless care service effectively.

[28] There are even some movements of establish of daycare center outside of S-TOP project. See those examples in the section 3.3 summary of good practices.

- Cooperation with MSDHS to widen the coverage of home modification services.
- Facilitate partnership within the stakeholders to collect assistive devices, develop the management system on distribution at the pilot site level
- It is important to do re-evaluation of care management system in some pilot sites

Possible Contribution by S-TOP

- Consultation and sharing lesson learnt from the day-care service operation with strong cooperation among relevant organizations and communities in Japan.
- Consultation to the counterparts at the pilot sites based on the experiences of LTC operation in Japan about the home visit program.
- Collection of and sharing good practices among the pilot sites about home renovation and assistive devices
- Further practical advice on home modification and assistive devices from Japanese experts
- Project will provide any technical cooperation for care management system, for example through dispatch of Japanese short-term experts, accordingly

4.2) Human Resource Development for LTC

LTC workforce also faces the challenges of shortage of human resources as well as IMC in the pilot sites. Though the LTOP project supported capacity development of health care volunteers and care givers on elderly support, there will be more need of volunteer workers who are trained in elderly care and rehabilitation to utilize and expand outcome of IMC continuously, for running home visit service and day-care service.

Response to concerning issues/challenges

- Elderly volunteers and experts on elderly persons under the MSDHS are considered as potential LTC workforce as caregivers.
- Continuous development and expansion of caregiver and/or health volunteers
- Recruit caregivers and/or health volunteers from young generation and development of them.
- Promote IMC and LTC as a proper job among volunteer workers.
- Consider the need for rewards for incentives and sustainability of volunteer workers.

Contribution by S-TOP

- Assistance to estimate the required human resource, especially caregivers for potential LTC service provision in the long-run.

4.3) Finance for LTC

Response to concerning issues/challenges

- As the budget distribution from the MOPH on LTC services is limited, the utilization of the national budget for the elderly at the community level from the MOI, and budget for elderly QOL improvement under the MSDHS may be considered to increase LTC budget.
- Show the government how LTC can be leveraged to reduce the burden of acute medical services

Possible Contribution by S-TOP

- Support for the facilitation of cooperation among the MSDHS, and the Department of Local Administration (DLA) of MOI to enhance the operation for LTC services both at the pilot sites and national level.

4.4) Cooperation with Municipality and partnership with local community

In the pilot sites, there is a momentum in some municipalities about health care and LTC which can be seen in the fact of employment of nurse and plan to employ PT in these municipalities. See some examples in 3.3. In those good examples, functional mechanisms and effective human resources are seen. For example, the former is that the provincial governor has clearly stated the establishment of day-care centers in all sub-districts. Although the way of doing this differs slightly between the sub-districts, the direction of the province is clear. Regarding the latter point, the key persons have been properly developed and the core human resources of the region have been created.

However, there are some gaps in cooperation with and involvement of municipalities for health care and LTC between the pilot sites, which might be also attributed from financial and human resource capacity of municipalities. Besides, health service providers also are burdensome and unable to handle that much.

It is also important to encourage District Health Board (DHB)[29] in order to promote community-based seamless care services.

Response to concerning issues/challenges

- There should be more commitments of local authority offices such as municipality office, Tambon Administration Organization, and THPHs to develop seamless care service provision mechanisms especially for LTC services.
- Empower especially municipality for its involvement and cooperation for especially LTC in seamless care.
- Approach to DHB, and also to PHO in order to function the approach to DHB

Possible Contribution by S-TOP

- Data collection on LTC good practice and lesson learnt at the pilot sites for a policy framework to promote comprehensive LTC for seamless care service provision.
- At this stage, it is necessary to promote advanced activities in some areas and disseminate them nationwide in order to be used as models when needs expand.
- Involve municipalities to any training programs including Japan training.
- Involve governors by visiting them and inviting them to any seminars and training programs.
- Cooperation with central and local government organizations concerned to promote the commitment of local authorities and communities for sustainable operation of project activities after the completion.

5. Cooperation in between relevant organizations

5.1) Information Referral System from Acute Treatment to IMC, and IMC to LTC

There are mainly two communication tools on information referral in between acute treatment and IMC, which are Thai COC and Thai refer in nationwide. However, these are not easy applicable tool in some pilot sites due to complicated system and requirement of certain skills to use. See 3.3 for some practices of Surat Thani, BMA and Khon Kaen.

In the interviews, 6 persons among 21 persons raised **"information referral system"** as crucial challenge and as an expectation of support from the S-TOP project.

[29] DHB is a committee set at the district level in order to improve in living standards of citizen with the cooperation of the government sector, private sector, civil society and health service providers. This is also a key committee for connecting the local and central government.

Response to concerning issues/challenges

- There should be a staff who takes a role as an IMC case manager, which is certainly responsible for the communication and management of referral information system, at each hospital.
- Review the good trials such as Surat Thani and Khon Kaen to analyze pros and cons of existing system and to modify the existing Thai COC to be generally used in the community hospitals, THPHs, and day-care centers.
- Develop a feedback system to deliver the voices of users of national tools such as Thai COC to the developers.
- Use unified tools, for example for outcome evaluation, between IMC and LTC.
- Capacity development of various users of the information referral system, not only to teach usage of tools but also to have a solid image of the challenges and goals of the information referral system for seamless care service provision.

Possible Contribution by S-TOP

- Advice on minimum required information for referral and regular meeting which complement the document-based system based on Japan's experiences.
- Provide lesson learnt at grassroots level and opportunities of discussion between the Thai side and Japanese practitioners. Japan is also in the process of development on electric IT system.
- Suggestions to the government organizations concerned about the expansion of access to referral information systems to LTC providers.

5.2) Technical cooperation in between hospitals and other LTC service providers

In the interviews and document reviews, technical cooperation and supports in between hospitals are often mentioned. Especially, the new pilot sites from the S-TOP project, seem to struggle with developing cooperation and partnership within the stakeholders in the aspects of technical support and cooperation as well as referral information. Technical cooperation and support are essential in order to fill the gap of capacity of community hospitals and THPHs. See the good examples of Surat Thani and other sites in the 3.3.

Meanwhile, through the experiences under COVID19, some pilot sites also have found the effectiveness and efficiency of tele-medicine which can be partially utilized for supervision and technical support of regional hospitals and general hospitals to community hospitals and THPHs.

Response to concerning issues/challenges

- Regional hospitals and general hospitals can provide technical support and supervision on IMC at community hospitals and THPHs as mentioned in **"1.1) Roles of regional hospitals and general hospitals in seamless care service"** (p.32).
- Community hospitals, in collaboration with regional hospitals and general hospitals, could take a responsibility to provide assistance and support for capacity development and knowledge transfer for THPHs and day-care centers to operate IMC and LTC provision effectively and more comprehensively.
- An establishment of regional medical rehabilitation institutes which can also have roles and functions of technical knowledge management may be considered.

5.3) Feedback from LTC to Acute Treatment and IMC

It would be important for the regional hospitals and general hospitals to collect data on LTC after the discharge of patients from medical treatment to ensure the consequence and the effect of the provided medical services and rehabilitation throughout the acute phase, IMC and LTC. This enables to conduct timely feedback from community to provincial level to fix practical challenges on

the fields. However, the responsibility of the regional hospitals and general hospitals in the pilot sites on this issue should be carefully discussed with medical professionals and stakeholders based on feasibility, available resources and its management.

6. Involvement of patients/service users and family members in seamless care at S-TOP

6.1) Involvement in decision making

It is important for the patients and family members to participate in decision making to set appropriate goals, maintain motivation and have a sense of ownership in rehabilitation for daily lives at home.

Response to concerning issues/challenges

- Consider the two levels of decision making as, 1) family level for individual goal setting and customizing services and 2) community level for model service and service menus to be provided to citizens.
- It is needed to analyze the challenges in detail of practice of involvement of patients and family members in decision making and find ways how to facilitate understanding of patients and family members during the meetings and consultations.
- It is important to monitor how the participation of patients and families influence the achievement of rehabilitation goals by tracking changes in ADL and/or any other evaluation method for QOL of the patients.

Possible Contribution by S-TOP

- Development of a timetable for patients/service users to understand a flow from initial stage to mid-term and down to long-term of rehabilitation, which will encourage information sharing and collaboration with volunteer workers for the elderly as well.

6.2) Capacity development/training

As mentioned in the section on human resource, shortage of medical and/or specialized personnel on IMC and LTC is a challenge and in order to do address this, it's needed to train and empower patients and family members. However, there are also challenges on capacity development activities to patients and family members due to inadequate number of medical staff and their heavy workload. In addition, the gaps of understanding of IMC and LTC between every patient/service user and family member are issues to be concerned. Another point is that the family members who participated in the training or workshop are not the persons who actually provide care for patients/service users at home, sometimes.

Response to concerning issues/challenges

- Health care workforce in the hospitals should be organized well to conduct the activities continuously.
- Raise awareness of patients/service users and family members on the IMC and rehabilitation to encourage active participation in activities conducted by the hospitals.
- Develop teaching materials and opportunities for patients and families to self-learn. Teaching materials need to be easy to understand for patients/service users and families, such as video clips by using IT.
- Create channels for case consultation to consult in case they have no confidence in the information, found the difficulty of understanding, or in case of emergency.
- Classify families into cooperative group and less cooperative group, and develop a support system for the latter with a team of THPHs, community hospitals, and regional hospitals and general hospitals.

Possible Contribution by S-TOP

- Support for developing educational materials of patients/service users and families in collaboration with SNMRI or other relevant organizations

7. S-TOP Project Operation

7.1) Implementation Structure/ Working Team Meetings

The project regularly organizes the meeting of working team members. The function of working team meeting played an important role to share beneficial information and operation progress, and to have discussion on the progress of the pilot sites' activities. However, it was sometimes difficult to discuss substantially the detail of the progress of the pilot sites activities and way forward at the meetings.

Response to concerning issues/challenges

- The modification of the membership structure of the working team is considered to reform the internal operation mechanism of the S-TOP project
- Consider any other communication way in between the Thai side and the Japanese side

Possible Contribution by S-TOP

- Discussion on an operational guideline of the S-TOP project for the pilot site activities
- Facilitate key persons and advisors for the project operation, who have deep experiences in practical fields and influence on substantial matters, in order to generate policy recommendations.
- Initiative to establish the sub-committees including counterparts and experts in specific issues involved with the operation of seamless care services, such as human resource development, financial administration with NHSO, and day-care service with MOPH and MSDHS.
- Involve more Japanese short-term experts and/or resource persons, for example, persons specialized in medical treatment or healthcare provision for IMC, and persons for strengthening capacity development of rehabilitation and elderly care workforce

7.2) Operational Roles of All Counterparts; MOPH, MSDHS, and NHSO

It is important for the S-TOP project to coordinate and organize more meetings and discussions with the officials of the relevant government organizations regarding the responsibility and involvement of each organization in the project operation. Hence, the inter-ministerial cooperation among counterparts are strongly required.

Possible Contribution by S-TOP

- Discussion with the MSDHS to utilize the existing QOL centers nationwide as day-care centers to provide post-IMC and LTC services comprehensively.
- Discussion with NHSO for financial administration by using trial and errors in the pilot sites.
- Involvement of MOI to make a momentum for IMC and LTC, and facilitate it in the field.

7.3) General Monitoring & Evaluation System of Sites Activities

The S-TOP project conducts monitoring and evaluation from data collection through document form (aka Form 4) distributed to counterparts at the pilot sites and observation visits by the project experts. The difference in information in the form filled up by the counterparts at each pilot site reflects difference in the project intervention at each site. **The systematic data collection of the information from each site, such as quantity or quality (ADL) of IMC patients and an accurate number of IMC patients, has not been developed well. Therefore, it is difficult for the S-TOP project to monitor and evaluate the effectiveness of some activities.**

Contribution by S-TOP

- Review/revision of data collection methods, which may include data collection apart from Form 4 and modification of Form 4 to visualize changes in chronological order. This may include the use of ICF.
- Development of a project summary to visualize a good practice in the pilot site, such as Surat Thani and Khon Kaen.
- Discussion with the representatives of the HAD, MOPH regarding the framework of WHO 6 Building Blocks to enhance the effectiveness of data collection and, monitoring and evaluation.
- Discussion about the contents of Form 4 and exchange of ideas and opinions with the regional offices of NHSO and the district office of MSDHS (should be prioritized in the site visit) as well as PHO of MOPH.

7.4) National Seminar/ In-Country Training and any technical cooperation

In the past two and a half years, the Thai side and the S-TOP project organized the national seminar twice, and technical seminar once under the collaboration with JICA volunteers. The national seminars significantly influenced to promote seamless care services in nationwide Thailand through presenting model service development from each pilot site. This was also a great chance for the pilot sites to learn in between each pilot site. Thus, the S-TOP project would like to support to have national seminar and/or any technical seminar in Thailand.

However, due to the influence of COVID 19, the S-TOP project may need to consider the new types of operation instead of face to face and hands-on seminars.

Possible Contribution by S-TOP

- Support and technical cooperation on national seminar and/or any types of technical seminar in Thailand.
- Consider new forms of seminars, for example using an online system, in case of any limitation attributed from COVID 19.

7.5) Topics of In-country and Japan training

Table 3.1 Topics of In-country and Japan training

TOPIC	CONTENTS/LECTURER	PLACE TO BE HELD
Quantity of IMC Service	Lecture of experiences in Japan	Thailand, Japan, Online
Early Intervention of Rehabilitation at Regional hospitals and General hospitals	Early postoperative ambulation, risk management, diet (swallowing), and egestion. Training on these topics by a short-term expert from Japan might face some restrictions in time and medical practice in Thailand.	Thailand, Japan, Online
ADL/QOL	ICF Seminar (similar to the one conducted in Khon Kaen in 2019)	Thailand, Online

TOPIC	CONTENTS/LECTURER	PLACE TO BE HELD
Team Approach	Lecture of practices on a team approach in Japan by a short-term expert (e.g., Ms. Asami, OT/ex-Senior Volunteer in Chiang Mai University), or include a similar lecture in Japan training Lecture and workshop to make an individual care plan for IMC case, targeting nurse.	Thailand, Japan, Online
Human Resource Development for IMC	A long-term training for PT will be implemented with JOCV. One or two-week training for PT will be held in Thailand or Japan (Ishii Clinic, Fujita Health University or Kakeyu rehabilitation center)	Thailand, Japan, Online
IMC Finance	Training on medical and LTC insurance to NHSO	Japan, Online
LTC services	Introduction of management of day-care centers in Japan Care management on Lecture by Mr. Hasegawa, the president of Care Manager Association, for Chonburi, Phuket, Chiang Mai (non-LTOP sites) and Surat Thani	Thailand, Online
Information Referral System from Acute Treatment to IMC, and IMC to LTC	Lecture of case studies in Japan regarding information sharing between regional/acute hospitals and IMC health facilities (pass sheet, case conference, IT system, etc.) Lecture of “path of community-based collaboration” or roles/functions of medical social worker (As a trial, long term experts might provide a lecture by using the documents of Kainan Hospital and Kaikokai hospital. Then the project will request a short-term expert if necessary)	Thailand, Japan, Online
Feedback from LTC to Acute Treatment and IMC	Lecture on evidence-based rehabilitation by using data (Fujita Health University)	Japan, Online
Others	Lecture and practice on caregiving and dementia (Lecture: Tokyo Roken, Practice: Saku University) Practice of home modification and assistive devices, including its evaluation and application with creative ideas. (Dispatch of JOCV, Kakeyu rehabilitation center)	Thailand, Japan, Online

References

Department of Medical Service, Ministry of Public Health . (2019, January N/A). Online database system.
Retrieved June 22, 2020, from Department of Medical Service , Ministry of Public Health:
http://training.dms.moph.go.th/rtdc//storage/app/uploads/public/5d2/541/bd6/5d2541bd6b48d807388472.pdf

Health Administration Division. (2019). Guideline on Intermediate Care for Medical Personnel Under Health Care Serive System Development Plan (Service Plan). Ministry of Public Health, Office of the Permenent Secretary . Samutprakarn: Division, Health Administration. Ratchaphiphat Hospital,. (2020, February 17).

Resentation on Progress Report: Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons. The 3rd JCC meeting. Bangkok, Thailand. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health.

(2017, December N/A). Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary,. (M. P. Pongsadhorn Pokpermdee, Ed.) Retrieved June 15, 2020, from Ministry of Public Health: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsplan2017Eng.pdf



3.3 Summary of Good Practices Made in the Pilot Sites

The table of good practices represents the strength of 8 pilot sites in different item. The success stories of seamless care were collected through document review (including JCC meeting), interview and the witness from the S-TOP project team.

Table 3.2 Good practices at each pilot site

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
1	**Service delivery of IMC**								
1.1	Roles of regional/ general hospital in seamless care service		Khon Kaen hospital is the regional/general hospital and responsi-ble for comprehensive IMC operation in the province. 1. The hospital established the IMC committee to manage IMC flow in the province covering hospital, provincial and health service area levels. 2. The hospital developed criteria and condition for IMC referred patients in the province 3. The hospital conducted training on instruction of IMC operation for community hospitals in the province. [Form4:Q1,Q2]				1. Chonburi hospital has been leading the IMC service operation in the province by actively providing medical consultation and knowledge transfer to the community hospitals. They also conduct a monitoring program on IMC operation in community hospitals by tracking the progress and challenges on rehabilitation treatment, and by organizing case conferences to discuss the medical treatment for complicated cases if necessary 2. As for the LTC, Chonburi hospital leads to promote daycare center by motivating local administration office [Interview Code 012]	The IMC operation of Surat Thani hospital can be a good practice in the following issues; 1. The province can provide IMC beds in all community hospitals for IPD, OPD and outreach patients with re4fer back system for IPD-IMC. 2. There is an established network of the IMC medical multidisciplinary teams in the province since acute phase. 3. Development of IMC monitoring plan until 6 months of full rehabilitation. [Form4:Q1]	

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
1.2	Quantity of IMC services	Saraphi Bovorn Pattana hospital manages the IMC beds by dividing IMC severe case and IMC mild case, and the hospital provides different IMC service package according to the severeness [S-TOP M&E site visit on November 2019]	Khon Kaen 2 hospital was established with an aim to be a specialized IMC hospital in the province with capacity of 60 IMC beds for intensive rehab treatment [Interview Code 003]		Bang Bua Thong 2 hospital aimed to be a specialized IMC hospital in the province for IPD, OPD, and outreach IMC patients [Interview Code 020]	IMC ward will be established in 2021, for receiving more IMC patients [S-TOP M&E visit in July 2019/ 2nd JCC]			
1.3	Quality of IMC services								
	1.3.1 Early intervention of rehabilitation	Saraphi Bovorn Pattana hospital provides early intervention and intensive rehabilitation regularly after discharging from Nakornping hospital. [Form4:Q1]		The operation of the rehabilitation program at Maharat Nakhon Ratchasima hospital that nurse get involved in the intervention of rehabilitation activities since the acute phase can be raised as a good practice to apply in other hospitals. [S-TOP]					

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
	1.3.2 The activity of Daily Living (ADL) evaluation and its usage Quality of Life (QOL)	Nakornping and Saraphi Bovorn hospital evaluate QOL [Form4:Q1,Q2] Saraphi Bavorn classified ADL by giving both raw and percentage data forms as well as mentioned ADL in the different BI group and diseases group, along with a follow-up timeline with remark of some detail that related improvement and missing numbers. [3rd JCC]				Ratchaphiphat Hospital: use the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) method to evaluate QOL of both patients and caregivers [Form4:Q1,Q2]		Surat Thani hospital evaluates ADL by classifying service types as IPD, OPD and Home visit. Additionally, the hospital classified ADL by giving mentioned on BI improvement in the different diseases group, as for OPD and Home visit. [3rd JCC]	1) Vachira Phuket hospital: additional evaluation of IMC patients by evaluating the working level of arm&hand, evaluate depression (2Q/9Q), Time up and Go test, evaluate motor function by Fugl-Meyer. 2) QOL evaluation is done by Eiro QOL (changed from SF-36) [Form4Q2] 3) Vachira PKT hospital evaluates BI by classifying the service type of IPD, OPD and out-reach.
	1.3.3 Team-approach	In Nakornping hospital, IMC round for three target disease groups are done weekly and Saraphi Bovorn Pattana hospital conduct ground round as well. [Form4:Q1, Q2]	Namphong Hospital conducts case conferences with MDT of network hospitals (between the hospitals and THPHs). [Form4:Q1, The3rd JCC meeting]			Ratchaphiphat hospital: conduct conference for making treatment/care plan by a team. [Form4: Q1 Q2]	The achievement of Chonburi hospital in the utilization of the ICF model to initiate rehabilitation programs [Doc. Rev.] and cooperative case conferences with network community hospitals is a good practice for team approach operation. [Interview Code 012]	Surat Thani hospital applies the ICF model for the medical treatment plan. [Interview Code 006]	

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
	1.3.4 Clinical Practice Guideline (CPG)					Ratchaphiphat hospital: utilize technical CPGs from several medical research institutes, including CPG for the rehabilitation of stroke patients in collaboration with Prasat Neurological Institute, CPG for spinal cord injury patients in collaboration with SNMRI, and CPG for cognitive and perceptual issues integrated Thai Mental State Examination (TMSE 2002) and other criteria from Institute of Geriatric Medicine. [Doc. Rev. & Meeting minutes 4th_2019]			
2.	**Finance in IMC**								
	At S-TOP pilot sites	Saraphi Bovorn hospital conducted training program for 64 volunteers about IMC [Form4 Q1]	① Khon Kaen hospital conducted several HRD activities to enhance IMC technical capacity: 1) 3-day training to increase knowledge and operation practice for IMC ward staff 2) 2-day training for nurse 3) 3-day training to treatment Stoke patients for nurse 4) 4-month training on Stoke rehabilitation course for nurse 5) 3-day training for THPH on treatment of Stoke patient for multidisciplinary teams in 7th health service	Joho PCU sent nurses to academic conference on swallowing rehabilitation for nurse. [Form4: Q1]	Bang Kruai hospital: dispatched PTs to circularly work at the THPHs in a circum-stance of the shortage of rehabilitation therapists at THPHs. [Interview Code 001]	1) 1 Nurse attended rehabilitation nursing program of SNMRI [Form4: Q1] 2) Attended SNMRI's workshop on Swallowing rehab. [Form4: Q1] 3) Organized IMC care workshop to 9 caregivers [Form4: Q1]	Chonburi Hospital conducted several HRD activities: 1) Dispatching nurses to train in 4-month rehabilitation training program 2) Conducting 5-day training of rehabilitation nurses 3) Conducting 2-day training of rehabilitation assistance 4) Study visit at Subacute Rehabilitation Department, Siriraj Hospital [Form4:Q1,Q2]	Surat Thani hospital has conducted training on occupational therapy for PTs of Ban Na Doem hospital, a network community hospital. [Interview Code 006]	1) Vachira Phuket hospital; Training on speech, language and swallowing for PTs. [Form4: Q1 Q2] 2) 4 nurses from Vachira Phuket hospital, 2 Nurse from Patong hospital and 2 Nurse Thalang hospital attended 3 days rehabilitation training program.

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
			6) 5-day training for PT from network hospitals in the province [Form4:Q1,Q2] ② Namphong hospital conducted IMC training to 150 care givers [Form4: Q1 Q2] ③ The medical team of Ban Kambong THPH and Sa-ard THPH visit the trained participants after the training for family members, to follow-up and evaluate training results.						
3.	**Finance in IMC**								
3.1	Finance in IMC at S-TOP pilot site			On-top payment for IMC has been applied under regional NHSO. -Original hospitals receive 1,000THB/case -Terminal hospitals receive 3,00THB/case [S-TOP Meeting with NHSO in January 2020]		Rachaphiphat hospital progressively conducts a cost analysis for forming cost and revenue for IMC services. The hospital has developed the data collection and analysis mechanism particularly for acute and IMC program. [Doc. Rev.]	Chonburi hospital receives budget allocation for IMC services from the NHSO is On-Top system, which allocates financial support to origin hospitals (regional/ general hospital) with the rate of 1,000 THB per case and destination hospitals (IMC hospitals) with 3,000 THB per case. *However, thefinancial payment should be increased to 2,000 THB per case for origin hospital and 4,000 THB per case for destination hospital to cover actual service expenses more comprehensively. [Interview Code: 012]		

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
4.	**LTC Services**								
4.1	Service Delivery								
	4.1.1 Day-Care Center				A strong partnership of network hospitals and health care service providers in the local community with well-ordered health care service provision from acute care to LTC. The local administration offices and PHO cooperatively established sub-district day-care centers to provide LTC in Bang Kruai district comprehensively. [Interview Code 001]	The project of one community-one nursing home is a project of home care that the community which is supported by the hospital for medical equipment. The community finds the care givers and the local health promotion center trains the care givers. [Form4;Q1,Q2, 3rd JCC]		The day-care center in Banna Subdistrict has a high potential to provide IMC along with LTC and home programs under the consultation of the medical multidisciplinary team at the community hospital. [Interview Code 015]	
	4.1.2 Home Visit Service		1) IMC patients from Khon Kaen hospital are referred to Namphong hospital which provides IMC ward. Some patients are referred to THPHs which provide home visit program by the nursing team. [Interview Code 003] 2) Namphong Hospital has successfully developed an individual LTC program in collaboration with PTs/ caregivers at THPHs for an individual patient who was discharged from the hospital after IMC treatment [S-TOP M&E visit on Feb. 2019]					The community hospitals in Surat Thai can provide of IMC IPD, OPD, and home visit service. Home visit program is often conducted by PT of THPHs based on health service areas. In case there is no PT at the THPH, PT from community hospital taken responsibility for home visit program. [Interview Code 006]	The home visit program by the PTs of Vachira Phuket hospital that conduct the health condition monitoring and physical therapy for LTC patients at home once a month. [Form4: Q1&4Q2]

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
	4.1.3 Home Modification/ Provision of Assistive Devices					Ratchaphiphat supports the equipment for rehabilitation and home modification. [4Q1, 4Q2] *Service for home renovation and service system for medical equipment for rehabilitation. [Form4;Q1,Q2]			
	4.1.4 Care Management System								
	4.1.5 Other Issues		Namphong Hospital jointly develops an individual long-term program for an individual patient when the patients are referred to a long-term care program at THPHs by the medical multidisciplinary team of Namphong hospital and PTs/ caregivers at THPHs. [Interview Code 009]						
4.2	Human Resource Development for LTC	Saraphi Bovorn Pattana hospital continually provides technical capacity development in rehabilitation for health care volunteers at Tambon level and has planned to expand its scope of operation as well. [Form4: 4Q1]	Namphong hospital conducts several trainings on caregiving for IMC patients in Namphong THPH networks and promotes capacity building on evaluation and primary aid before referring to health center [Form4:Q1,Q2]		Pranangklao Hospital conducts 1) Training on speech, language and swallowing rehabilitation therapy for PTs and nurses in THPH 2) Training on rehabilitation therapy and equipment instruction for health care volunteers and care givers from community daycare centers [Form4:Q1,Q2]	Ratchaphiphat hospital organizes training and workshop to enhance the technical capacity of the caregivers and family members through Home Clinic [Fomr4: Q1, 4Q2]	Chonburi Hospital conducts several workshops/trainings on rehab for care givers for rehab assistants working in Nong Mai Daeng THPH and Muang hospital. The hospital also coordinates with Health Care Unit and surrounded THPHs to deliver IMC service in the community. [Form4:Q1,Q2]	Ban Na Doem hospital organizes training and workshop to enhance the technical capacity of the care givers. [S-TOP M&E visit on Oct. 2019].	

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
4.3	Finance for LTC								
4.4	Cooperation with Municipality and partnership with local community	Chiang Mai PHO is attempting to strengthen the cooperation among the medical sector and local communities by organizing the meeting for brainstorming [Interview Code 007]	1) Nurses were employed by Sa-ard Subdistrict Municipality. [Appendix 4.4: Information on LTC facilities]. 2) Sa-ard Subdistrict Municipality provides transportation service for picking up elderly persons to receive services at the daycare center by using van with wheelchair-lift [S-TOP M&E visit on		1) Bang Si Thong municipality hires PT by their own budget to provide service in daycare center and community [Form4:Q1] 2) Bang Si Thong Subdistrict Municipality provides transportation service for picking up elderly persons to receive services at the daycare center by using van with wheelchair-lift [S-TOP M&E visit on July 2019].		Nurses were employed by Phlu Ta Luang Subdistrict Administrative Organization [Appendix 4.4: Information on LTC facilities].	1) Banna Subdistrict municipality has involved in the operation of daycare center and has sent CGs to assist HHC patients [Interview Code 015] 2) Banna Subdistrict Municipality provides transportation service for picking up elderly persons to receive services at the daycare center by using van with wheelchair-lift [S-TOP M&E visit on Oct. 2019]. 3) Huai Yai THPH increases the IMC knowledge of community leader by providing the training [Form4:Q1]	
5.	**Cooperation in between relevant organizations**								
5.1	Information Referral System from Acute Treatment to IMC and IMC to LTC		Stroke@BI program at Khon Kaen Hospital is specifically utilized for stroke patients' referral information within network hospitals. [Doc. Rev., Interview Code 010]			Using the BMA Home Ward which is the referral information system between hospitals under Medical Services Department and Health Center under Health Department of BMA. [Form4;Q1,Q2, 3rd JCC.]		Surat Thani Hospital provided training programs for medical staff at the community hospitals to introduce and promote the SMART COC program as a communication tool among hospitals for referral information. The Surat Thani PHO and hospitals have planned to promote the use of SMART COC aiming to widely operate in all network hospitals in the province. [Interview Code 006]	

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
5.2	Technical cooperation between hospitals			Supervision of Maharat Nakhon Ratchasima hospital to the community hospitals through conference and visits [Form4: Q1, Q2].			Supervision of Chonburi hospital to the community hospitals through conference and visiting [Form4: Q1, Q2].	Having case conference together between Surat Thani hospital and the community hospital	
5.3	Feedback from LTC to Acute Treatment and IMC								
6.	**Involvement of patients and family members in IMC at S-TOP**								
6.1	Involvement in decision making	1) Saraphi Bovorn Pattana: The questionnaire to measure the satisfaction of the patients and family in the participation of the medical plan to assess the achievement of the activity [Doc. Rev.] 2) Nakornping: The hospital sets a long-term goal to develop multimedia learning material for patients and families to initially understand the importance of IMC and encourage them to actively participate in the program. [Interview Code 011] 3) Saraphi Bovorn Pattana hospital also sets a long-term goal to develop multimedia learning material for patients and families. [Form 4:Q1,Q2].	Namphong hospital organizes team meetings with patients and family members to develop short-term and long-term goals, by integrating ICF concept. [Form4:Q1]	Hua Thale hospital Development guideline to plan and set up the activity for patient/family members which cover problem/need of patient and conform with the capability and literacy of patient [Form 4 Q1]	Pranangklao Hospital distributes the questionnaires to measure the satisfaction of the patients and family members in the participation of the medical plan to assess the achievement of the activity through the evaluation by the participants [Form4:Q1,Q2]	N/A	Chonburi Hospital records and monitors the progress of patients' rehabilitation comparing to their goals as well as increase the quality of OPD and community IMC work by using ICF during team meeting for 1-2 times/month. [Form4:Q1,Q2]	Ban Na Doem Hospital conducts meetings between relevant personnel and family members to set short-term and long-term goals, rehab planning, and D/C planning. The hospital also improves knowledge and skill of family members on caregiving and rehab before return to home. [Form4:Q1,Q2]	Vachira Phuket hospital and Patong hospital: practice of check “proficiency” of patient and family members after training Found that 100% of patient/family members passed the evaluation [4th PMS presentation]

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
6.2	Capacity development/ training		1) Khon Kaen Hospital created manuals to provide instruction for family members on caregiving at home along with the notebook to monitor and record the progress of recovery and conducted activities. [Interview Code 003] 2) Namphong Hospital conducted several activities to increase commitment of the patients and family members: [Form4:Q1,Q2] (1) The medical staff teachs patient and family members for home health care program and notification for the abnormal symptom, etc. (2) Medical multidisciplinary team provides rehab training to patient and family members (3) PTs create VDO clip on demonstration for standing and walking for patients (4) Nurses provide information and recommendation to observe the abnormal symptom 3) The medical team of Ban Kambong THPH and Sa-ard THPH visit the trained participants after the training for family members, to follow-up and evaluate training results [Form4:Q1,Q2]	Joho PCU: Provision the information to Diabetes and hypertension patients, about Stroke and prevention [Doc. Rev. Q1]	Pranangklao hospital has been providing advice on caregiving and rehab to family members or patients by multidisciplinary team before D/C as well as instruction for home program. [Form4:Q1,Q2]	Ratchaphiphat hospital: The hospital provides tools and equipment while the community provides care givers and center space, through One Community One Nursing Home project. Health center provides training course for care givers [Form 4:Q1,Q2] The hospital conducts rehab program to patients and family [2nd JCC]	Wat Yansangwararam hospital conducted trainings on caregiving skills for family members for IMC patients after rehabilitation. PT provides teaching on home program for caregivers. [Form4:Q1,Q2]	Surat Thani hospital conducted meetings between medical staff (doctor, PT, OT) and family members to provide instruction on rehab method and improve the environment of patients' home for outreach rehab treatment [Form4: Q2]	Vachira Phuket hospital, Patong hospital, Thalang hospital: Creation of exercise media for rehab on moving and speech therapy [Doc. Rev.: Q1]

	Items/ Pilot sites	Chiang Mai	Khon Kaen	Nakhon Ratchasima	Nonthaburi	BMA	Chonburi	Surat Thani	Phuket
7.	**S-TOP Project Operation**								
7.1	Implementation Structure /Working Team Meetings	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
7.2	Operational Roles of All Counterparts; MOPH, MSDHS, and NHSO	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
7.3	General Monitoring & Evaluation System of Sites Activities	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
7.4	National Seminar/ In-Country Training and any technical cooperation	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Adopted the ICF scheme from in-country training to evaluate their patients. [Doc. Rev.]	Adopted the ICF scheme from in-country training to evaluate their patients. [Doc. Rev.]	N/A
7.5	Topics of In-country and Japan training	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A



4.Conclusion and Recommendation

An introduction and operation of seamless health and social services provision for elderly persons are considered crucial for the preparedness of Thailand towards the coming aged society. The approach of the S-TOP Project is expected to contribute to the preparedness of Thai society through the development of service model for policy recommendation covering the health care services since acute, intermediate, to long term phases with thoughtful consideration on several social perspectives to enhance the provision of comprehensive and effective medical treatment and rehabilitation at 8 pilot sites nationwide. The experience of IMC for the elderly accumulated in Japan is expected to contribute to the development of the seamless care service system in Thailand with the modification through the practice of the pilot project sites according to the characteristics and available resources at each site.

The document review and interview conducted during the Mid-term Review confirmed that the implementation of the project is in line with the National Strategic Plan for Public Health of the MOPH and consistent with the policy measures of the MSDHS on the aged society. The outcomes of interviews with the stakeholders at the pilot sites also identified the achievements of the project implementation with various types of good practices as provided in this report. The cooperation between hospitals and local authorities, the establishment of the IMC ward at community hospitals, the service delivery provided by the multidisciplinary team, and the enhancement of patient and family members' involvement, are samples of fruitful project operation and potentially be good practices for IMC operation nationwide.

On the other hand, with limited available resources at the pilot sites, the project operation has been facing challenges, such as limited IMC technical capacity, inadequate medical workforce for IMC operation, and established financial system. The strong cooperation and commitment of the central government organizations concerned are highly required for further project operation. The coronavirus pandemic has become, and would continue to be, the factor to influence the operation platform and modification of the project framework henceforward.

From a technical perspective, the development of the IMC Technical Guideline, including technical terms of comprehensive treatment and critical practice as well as an evaluation standard for a health condition, may be considered to encourage national policy implementation on seamless health care provision for the elderly. The project implementation aims to achieve the development of community-based models towards the nationwide expansion for the seamless provision of medical, rehabilitative, social, and life-support services for the elderly with the integrated cooperation of the public organization concerned. The needs-oriented approach at each pilot site is considered relevant to respond to the different characteristics and available resources. At the same time, the monitoring of the project achievements at each site is recognized as a challenge with the number of project sites as well as the site-by-site approach of the project.

With the analysis of the experience at the pilot site of the project, it is expected for the project to identify the needs for IMC continuously from the pilot sites as well as counterparts at the national level and respond to the needs flexibly. As the concept and the operation of IMC are still relatively new in Thailand, the challenges and needs during the project operation are significantly considered to improve and encourage the foundation of a seamless services model and policy recommendation for comprehensive and effective responses towards the aged society as a prioritized national health agenda.

Appendix 1

Term of Reference



Appendix 1

10 July 2020

Terms of Reference For Mid-term Review

for the Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons



(the S-TOP Project)

(Revised)

1. Background

In order to respond to the dramatically increasing elderly population in Thailand, the Thai government and JICA are collaborating on the aging issues both at the national and local levels. The Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (hereafter referred as "S-TOP Project") was launched in November 2017, based on the two previous projects for elderly population implemented between 2007 to 2017. The S-TOP Project aims to develop a service model of seamless care that is provided from acute phase to chronic phase through Intermediate care (IMC) for elderly and vulnerable population.

After two years of implementation, we now see that activities on the provision of seamless care service are taking shape in the project's 8 pilot sites, which are Chiang Mai, Khon Kaen, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, Chonburi, Bangkok, Surat Thani and Phuket. This is supported by the growing momentum for IMC policy at the national level. However, due to the complexity which is attributed in multi-stakeholders and wide coverage of fields, there will be challenges that are both visible and invisible along with the accumulation of IMC and Long Term Care (LTC) service provision. In this regard, the Thai government and the S-TOP project have decided to conduct a mid-term review to evaluate the progress and outcome in order to design an appropriate activity plan for the remaining part of the S-TOP Project.

We expect the mid-term review to reveal achievements and challenges along with a clear direction on what to do in order to accelerate the development of seamless care service in Thailand.

2. Objectives

1) To evaluate the progress of the S-TOP Project and to compile the outcomes of current status.
2) To pick up voices in the local and concerning parties that cannot be documented and also extract suggestions and opinions from the stakeholders.
3) To make further discussion on the current status of seamless care in Thailand.
4) To gain a clear direction of the latter half of the S-TOP Project.

3. Responsibility of the contracted institution

(1) The contracted institution shall implement the study by document-based review and interview to the stakeholders and develop a draft of discussion paper for the mid-term review mission.
(2) The contracted institution shall attend the mid-term review mission. During the mission, the contracted institutions shall make a presentation on the result of 3. (1) mentioned above, and gather information at meetings to prepare output documents from the meeting (G)[30].

[30]The description of alphabets (A)-(H) refers to the outputs /deliverables described later in chapter 5.

(3) The contracted institution will keep close contact with the S-TOP Project to share the progress of the assignment under this contract, and to share any challenges if any in a timely manner, in order to ensure that the assignment will be satisfactorily performed.

(4) To gain a clear direction of the latter half of the S-TOP Project.

4. Contents of Work

The Mid-term Review is divided into two parts, and the contracted institution is responsible for both parts of this.

Part 1: To conduct the pre-evaluation which is composed of document-based review and interviews with the stakeholders.

Part 2: To attend the executive meeting during the mid-term review mission from Japan in October planned at the moment.

Part 1

(1) Initial Meeting with S-TOP

Upon signing the contract, the contracted institution will provide its Inception work plan (A) which in cludes the design of survey with schedule and first draft of Questionnaires for interviews (B-1) in order to obtain consensus on the basic direction of the survey and its contents as well as survey schedule. The S-TOP Project will explain expected contents of Document-based review report (C) in detail and provide drafts and/or materials which the S-TOP Project prepared.

After discussing the contents of the first draft of Questionnaires for interviews (B-1) with the S-TOP Project members, the constructed institution will finalize Questionnaires for interviews (B-2). This will be submitted to the S-TOP Project by the middle of April.

(2) Document based review

The S-TOP Project will provide the following documents for the review as below.

Table 3.1

Types of information	Name of documents	Unit
General Project operation	JICA Project Monitoring Sheet (every six months)	3
	Project monthly report (written in Japanese)	20
Pilot sites related	Form 1 Stakeholder map	8
	Form 2 Fact sheet	App.50
	Form 3 Situation analysis sheet	App.50
	Action plans of 8 pilot sites (Power Point)	8
	From 4 Activity plan and quarterly report sheet	App.100
The central government related	IMC guideline issued by MOPH in January 2019	1
	S-TOP will ask to provide MOPH, MSDHS and NHSO	

The contracted institution will make Document-based review report (C) by reviewing these documents. This report (C) needs to include the information on progresses and challenges on IMC services and LTC services in all of the 8 pilot sites. In order to provide above information, the modified WHO Six Building Blocks that has six categories which are service delivery, health workforce, referral information system, forming data of revenue and cost, patient and family involvement, and others, will be used.

In order to conduct interviews with the stakeholders in four pilot sites and to utilize Document-based review report (C) in the mid-term review mission, the contracted institution will make the reports for the 4 pilot sites (C-1), where will be interviewed, and the other sites (C-2).

(3) Interview to the Stakeholders

The contracted institution will conduct the online interviews among stakeholders in the central government and the pilot sites with developed Questionnaires for interview (B-2).

- Interviews to be conducted as follows; two to four persons from four sites (two sites in Bangkok and nearby vicinity and two sites from the other provinces), one person from each of MOPH, MSDHS and NHSO, two-three key individuals in rehabilitation medicine and IMC, and Chief Advisor of the S-TOP Project. The total number of interviewees will be around 20 persons at maximum.
- Interviewees will be selected by the Thai government and the S-TOP Project prior to the interviews
- Interviews will be conducted in Thai language except for Chief Advisor of the S-TOP Project
- Interviews will be conducted within 30-60 minutes
- Table 1.2 shows the list of information that the S-TOP Project expects to get through interviews. This will be the foundation to develop questionnaires.

Table 1.2

Pilot sites	• Process and current situation • Challenges • Recommendation and suggestion for the next steps • Expectation to S-TOP • Request to the government • Project operation
Central government	• Progress of policy about seamless care • Analytical opinions on how policy implementation is going on in the pilot sites • Progress and evaluation of S-TOP • Expectation to S-TOP • Project operation

(4) Mid-term meeting with S-TOP and Stakeholders

At this meeting, the discussion will be done online based on the first draft of Discussion paper for the mid-term review meeting (E-1) by sharing the ideas among the contracted institution Thai stakeholders and the S-TOP Project on key points of the discussion paper. Also, the progress of document-based review and interviews will be reported by the contracted institution.

The online meeting will be arranged in late July or August after the first draft of Discussion paper for the mid-term review meeting (E-1) will be submitted by the end of June.

The discussion paper may consist of summary of progress and challenges of model development in each pilot site and discussion points on the direction for the latter half of the S-TOP Project.

The email-based discussion with the S-TOP Project, conference call or video meeting will be done before/after this online meeting if necessary. The draft of discussion paper (E-2) will be finalized by the contract institution after the meeting with S-TOP and Thai stakeholders and will be submitted to the S-TOP Project by the end of August.

Part 2

(5) Mid-term review mission

1.) The contracted institution will make a presentation which is the result of document-based review and interview, and discussion points mentioned in (E) at the executive meeting between related organizations in Thailand and JICA/the S-TOP Project.

2.) The contracted institution shall make Output documents from the meeting (G) which is the conclusion of the executive meeting. The S-TOP Project assumes this will be the developed discussion paper (E-2) which consists of summary of progress and challenges, and concrete ideas of direction for the latter half of the S-TOP Project.

(6) Final Report

The contracted institution shall make a final report (H). The Expected contents of the final report are as following Table 3.

Table 3 Expected contents of the final report

OUTLINE	NOTE
Cover page	
Table of contents	
Table of figures and diagram	
Anonyms and abbreviations	
Executive summary	
1.) Introduction	
2.) Methodology	
3.) Findings	This section includes the below contents, at least, 1.) Document-based review report (C) 2.) Result of interviews (D)
4.) Conclusion and recommendation	This section will be substantially the essences of Output documents from the meeting (G)
Appendix	This includes the below materials, at least, - Inception work plan (A) - Questionnaire for Interview (B-2) - Presentation data (F) - Output documents from the meeting (G)

5. Expected Outputs/Deliverables and deadline

All deliverables should be submitted by electric file.

(A) Inception work plan (Middle of March)

(B) Questionnaires for interviews

B-1.) First draft (Middle of March)

B-2.) Final draft (Middle of April)

(C) Document-based review report

C-1.) Four pilot sites that will be done the interview and policies of the central government (End of May)

C-2.) Other pilot sites (End of May)

(D) Result of interviews (End of May)

(E) Draft of Discussion paper for the mid-term review meeting which will be substantially essences of Document-based review reports (C) and Result of interviews (D), and assumed key points for the direction for the next step of the S-TOP Project.

E-1.) First draft (End of June)

E-2.) Final draft (End of August)

(F) Presentation data for the mid-term review meeting which is combined Document-based review reports (C), Result of interviews (D), and assumed key points of discussion on the direction in the latter half of the S-TOP Project (End of August)

(G) Output document from the mid-term review meeting which is (E) and added comments and opinions from both the Thai side and Japanese side (End of October)

(H) Final report (End of October)

*All documents will be made in English.

6. Contract Period and Schedule

(1) Contract Period: From Middle of March to End of October

(2) Tentative timeline

	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct
Contract	★							
Initial meeting with S-TOP (by the end of March)	★							
Submission of (B-1) First draft of Questionnaire for interviews (Middle of March)	★							
Document-based review		⟷	⟷					
Submission of (B-2) Final draft of Questionnaire for interviews (Middle April)		★						

	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct
Interview to the stakeholders		⟷						
Draft the interview results			★					
Submission of (C) Document-based review report, (D) Result of interviews (End of May)			★					
Submission of (E-1) First draft of discussion paper (End of June)				★				
Mid-term meeting with S-TOP and Thai stakeholders (late July or August)					⟷	⟷		
Submission (F) Presentation data (End of August)						★		
Submission of (E-2) Final draft of discussion paper (End of August)						★		
Attend the executive meeting of Mid-term Review mission (in October)								↔
Finalization of Full Report								↔
Submission of (H) Final Report (End of October)								★

7. Consultant Assigned to the study

(1) Team Leader/Senior Researcher	0.25 M/M
(2) Assistant Researcher1	1.0 M/M
(3) Assistant Researcher2	0.5 M/M
Total:	**1.75 M/M**

8. Others

Outside of this contract, the S-TOP Project will;

- ✓ Provide the necessary documents for document-based review and interviews as the list of Table
- ✓ Select interviewees by the discussion and coordination with the Thai government
- ✓ Provide the information of interviewees
- ✓ Issue letters to the organizations of interviewees

Appendix 2

Questionnaires for Interview

Appendix 2

Questionnaires for Interview

There are 6 forms of questionnaires according to the different targets.

2.1 Provincial Health Office (PHO)

2.2 Regional/General Hospital

2.3 Community Hospital

2.4 Municipality

2.5 Daycare Center

2.6 Government Agencies and Project Advisor



2.1 Interview Questions for Provincial Health Office (PHO)

<Provincial Health Office>

Date of Interview			
Interviewer			
Interviewee	Name		
	Position		
	Organization		
Contact Phone No.		E-mail	

• Explanation on progress status

Overall Progress Status:	• On Track	The project is well controlled. Some issues may have been identified, but effective actions are planned for solving them.
	• Off Track	The project has problems that require change in plans. Additional focus and management are essential to bring the project back under control.
	• Potential Risks/ Delays	The project has serious problems. One or more key indicators are in "At Risk" status.
	• Not Started	Not started (and not scheduled to start)

1) Explanation on flow and system of Seamless Care Services (Regional/General Hospital > Community Hospital > Tambon Health Promotion Hospital/Municipality) which been developed. The overall project operation and outcome*.

*Outcome: The Number of IMC Patients in the Duration of Oct 2017 - Sep 2018 and Oct 2018 – Sep 2019

2) Assessment on Priority of WHO 6 Building Blocks

2.1) Service Delivery

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

2.2) Health Workforce

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

2.3) Forming Data of Revenue and Cost

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

3) According to WHO 6 Building Blocks, which point(s) or activity do they focus most? How is the achievement of the activity implementation?

WHO 6 Building Blocks	◯ Service Delivery ◯ Human Resource ◯ Information Referral System ◯ Forming Data of Revenue and Cost ◯ Involvement of Patient and Family Members ◯ Others	**Details:**
Achievement		

4) Training Experience in Japan (Go to next question if the interviewee did not attend the training in Japan.)

Is there anything that you could put into practice after training in Japan?

◯ Practice as an individual

.....

.....

◯ Practice in a division or a unit

.....

.....

◯ Influence on policy or budget of PHO

.....

.....

5) Additional Opinions/Recommendations to the Project

General Challenges	
Recommendation/ Suggestion for the Next Steps	
Expectation to S-TOP	
Request to the Government	

2.2 Interview Questions for Regional/General Hospital

<Regional/General Hospital>

Organization		Chiang Mai	Nakornping Hospital
		Khon Kaen	Khon Kaen Hospital
		Nonthaburi	Pranangklao Hospital
		Surat Thani	Surat Thani Hospital
Date of Interview			
Interviewer			
Interviewee	Name		
	Position		
Contact No.		E-mail	

• Explanation on progress status

Overall Progress Status:	• On Track	The project is well controlled. Some issues may have been identified, but effective actions are planned for solving them.
	• Off Track	The project has problems that require change in plans. Additional focus and management are essential to bring the project back under control.
	• Potential Risks/ Delays	The project has serious problems. One or more key indicators are in “At Risk” status.
	• Not Started	Not started (and not scheduled to start)

1) Explanation on flow and system of Seamless Care Services (Regional/General Hospital > Community Hospital > Tambon Health Promotion Hospital/Municipality) which been developed. The overall project operation and outcome*.

*Outcome: The Number of IMC Patients in the Duration of Oct 2017 - Sep 2018 and Oct 2018 – Sep 2019

.....

.....

.....

.....

.....

2) Assessment on Priority of WHO 6 Building Blocks

2.1) Service Delivery

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

2.2) Health Workforce

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

2.3) Involvement of Patient and Family Members

Overall Progress Status	On Track Off Track Potential Risks/ Delays Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

3) According to WHO 6 Building Blocks, which point(s) or activity do they focus most? How is the achievement of the activity implementation?

WHO 6 Building Blocks	◯ Service Delivery ◯ Human Resource ◯ Information Referral System ◯ Forming Data of Revenue and Cost ◯ Involvement of Patient and Family Members ◯ Others	**Details:**
Achievement		

4) Training Experience in Japan (Go to next question if the interviewee did not attend the training in Japan.)

Is there anything that you could put into practice after training in Japan?

◯ Practice as an individual

.....

.....

◯ Practice in a ward or a unit

.....

.....

◯ Influence on policy or budget of the hospital

.....

.....

5) Additional Opinions/Recommendations to the Project

General Challenges	
Recommendation/ Suggestion for the Next Steps	
Expectation to S-TOP	
Request to the Government	

2.3 Interview Questions for Community Hospital

< Community Hospital>

Organization		Chiang Mai	Nakornping Hospital
		Khon Kaen	Khon Kaen Hospital
		Nonthaburi	Pranangklao Hospital
		Surat Thani	Surat Thani Hospital
Date of Interview			
Interviewer			
Interviewee	Name		
	Position		
Contact No.		E-mail	

• **Explanation on progress status**

Overall Progress Status:	• On Track	The project is well controlled. Some issues may have been identified, but effective actions are planned for solving them.
	• Off Track	The project has problems that require change in plans. Additional focus and management are essential to bring the project back under control.
	• Potential Risks/ Delays	The project has serious problems. One or more key indicators are in "At Risk" status.
	• Not Started	Not started (and not scheduled to start)

1) Explanation on Current Work Flow of Community Hospital

2) Assessment on Practical Services

2.1) Service Delivery

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

2.2) Health Workforce

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

2.3) Involvement of Patient and Family Members

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

3. According to WHO 6 Building Blocks, which point(s) or activity do they focus most? How is the achievement of the activity implementation?

WHO 6 Building Blocks	◯ Service Delivery ◯ Human Resource ◯ Information Referral System ◯ Forming Data of Revenue and Cost ◯ Involvement of Patient and Family Members ◯ Others	**Details:**
Achievement		

4. Training Experience in Japan (Go to next question if the interviewee did not attend the training in Japan.)

Is there anything that you could put into practice after training in Japan?

◯ **Practice as an individual**

.....

.....

◯ **Practice in a ward or a unit**

.....

.....

◯ **Influence on policy or budget of the hospital**

.....

.....

5. Additional Opinions/Recommendations to the Project

General Challenges	
Recommendation/ Suggestion for the Next Steps	
Expectation to S-TOP	
Request to the Government	

2.4 Interview Questions for Municipality

< Municipality >

Organization		Surat Thani		
Date of Interview				
Interviewer				
Interviewee	Name			
	Position			
	Organization			
Contact Phone No.			E-mail	

• **Explanation on progress status**

Overall Progress Status:	• On Track	The project is well controlled. Some issues may have been identified, but effective actions are planned for solving them.
	• Off Track	The project has problems that require change in plans. Additional focus and management are essential to bring the project back under control.
	• Potential Risks/ Delays	The project has serious problems. One or more key indicators are in “At Risk” status.
	• Not Started	Not started (and not scheduled to start)

1) Explanation on flow and system of Seamless Care Services (Regional/General Hospital > Community Hospital > Tambon Health Promotion Hospital/Municipality) which been developed. The overall project operation and outcome*.

*Outcome: The Number of IMC Patients in the Duration of Oct 2017 - Sep 2018 and Oct 2018 – Sep 2019

.....

.....

.....

.....

.....

2) Assessment on Practical Services

2.1) Service Delivery

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

2.2) Health Workforce

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

2.3) Involvement of Patient and Family Members

Overall Progress Status	◯ On Track ◯ Off Track ◯ Potential Risks/ Delays ◯ Not Started	**Cause:** **Action to be taken:**
Ideal Goals		

3) According to WHO 6 Building Blocks, which point(s) or activity do they focus most? How is the achievement of the activity implementation?

WHO 6 Building Blocks	◯ Service Delivery ◯ Human Resource ◯ Information Referral System ◯ Forming Data of Revenue and Cost ◯ Involvement of Patient and Family Members ◯ Others	**Details:**
Achievement		

4) Additional Opinions/Recommendations to the Project

General Challenges	
Recommendation/ Suggestion for the Next Steps	
Expectation to S-TOP	
Request to the Government	

2.5 Interview Questions for Daycare Center

< Daycare center >

Date of Interview			
Interviewer			
Interviewee	Name		
	Position		
	Organization		
Contact Phone No.		E-mail	

• Explanation on progress status

*Project means activities related to IMC and LTC operated by Daycare center

Overall Progress Status:	• On Track	The project is well controlled. Some issues may have been identified, but effective actions are planned for solving them.
	• Off Track	The project has problems that require change in plans. Additional focus and management are essential to bring the project back under control.
	• Potential Risks/ Delays	The project has serious problems. One or more key indicators are in “At Risk” status.
	• Not Started	Not started (and not scheduled to start)

1) Explanation on IMC Operation System at Daycare Center

***For example, 1) Roles, responsibilities and involvement in providing elderly care in community and at Daycare center, 2) The support of IMC operation in the area, 3) The medical cooperation between Daycare center and hospital

2) In your opinion, how previous operations of daycare center benefit the community and people?

3) Which WHO 6 Building Blocks or activities do they focus most? How is the achievement of the activity implementation?

WHO 6 Building Blocks	◯ Service Delivery ◯ Human Resource ◯ Information Referral System ◯ Forming Data of Revenue and Cost ◯ Involvement of Patient and Family Members ◯ Others	**Details:**
Achievement		

4) Opinions/Recommendations from Personal Experience

4.1) Do they have any plan or guideline on developing/extending/creating the network on Daycare center service?

.....

.....

.....

4.2) The opinion on the chance to develop Daycare center to be the pilot site (model) of Ban Uea Arthorn Project, in order to increase the access on IMC service of people.

.....

.....

.....

2.6 Interview Questions for Government Agencies and Chief Advisor of the Project

< Government Agencies and Chief Advisor of the Project >

Date of Interview			
Interviewer			
Interviewee	**Name**		
	Position		
	Organization		
Contact Phone No.		**E-mail**	

1) Overall Progress Status:

Overall Progress Status:	• On Track	The project is well controlled. Some issues may have been identified, but effective actions are planned for solving them.
	• Off Track	The project has problems that require change in plans. Additional focus and management are essential to bring the project back under control.
	• Potential Risks/ Delays	The project has serious problems. One or more key indicators are in "At Risk" status.
	• Not Started	Not started (and not scheduled to start)

2) Progress of Policy about Seamless Care in Thailand

General Challenges	
Recommendation/ Suggestion for the Next Steps	
Expectation to S-TOP	
Request to the Government	

3) Progress and Assessment of S-TOP Project Operation/Other Components Provided by S-TOP Project

Issues		Assessment (Optional)			General Opinion, Cause, and Action to be taken
Project Operation					
Overall Satisfaction					
Performance					
Budget Suffi-ciency	IMC Policy >NHSO				
	S-TOP >MOPH				
Management					
Coordination					
Communication					
Components Provided by S-TOP					
1. Service Delivery					
2. Human Resource Development					
3. Forming Data of Revenue and Cost					

4) Opinions on Policy Implementation in the Pilot Sites

.....

.....

.....

5) Expectation of the Government Agencies and Chief Advisor of the Project to the Operation of S-TOP Project

.....

.....

.....

6) Implementation of the Structure

.....

.....

.....

7) Experience of Training in Japan (Please ask the following questions if the interviewee was participated in the training course in Japan)

7.1) Are there any knowledge or skills of Japanese IMC and other health care service/system for elderly persons and other vulnerable persons that you think you can practice in Thailand as an individual or at a policy level?

.....

.....

.....

7.2) Are there any recommendations for the training course on IMC conducted in Japan in order to make it more useful in light of the current situation of Thailand?

.....

.....

.....



Appendix 3

Document-based Review (Pilot sites)

Appendix 3

Document-based Review (Pilot sites)

The result of document-based review of 8 pilot sites is reported in the table below. Modified WHO 6 Building Blocks was used in order to collect the information on progresses and challenges on IMC services and LTC services at each pilot site. There are totally 9 tables as listed below.

Table 3.1 Total Number of Those Who Receives or Received IMC Services in Each Pilot Site

Table 3.2.1 Number of Existing Human Resource in Each Pilot Site and Recommended Human Resource in Guideline for IMC Made by MOPH in January 2019

Table 3.2.2 IMC Health Workforce Guideline from Guideline for IMC Made by MOPH in January 2019

Table 3.3 Quality of Life (QOL) or Satisfaction Survey to Patients and/or Family Members

Table 3.4 Human Resource Development in Each Pilot Sites

Table 3.5 Re-division of Roles of Professionals and Relevant Personnel

Table 3.6 Practices of Evaluation on Activity of Daily Living (ADL)

Table 3.7 Practices of Involvement of Patients and Family Members

Table 3.8 Practice of Team-approach



Table 3.1 Total Number of Those Who Receives or Received IMC Services in Each Pilot Site

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
Bangkok																											
1	Ratchaphiphat Hospital	30 Sep 17	8443	12/162																							Fact sheet
		Oct - Dec 2018								15	4	1	1	9	> 70												2nd JCC
		Jan-Feb 2019		12						21	3	0	1	17	> 70												2nd JCC
		FY2019		12	35	17	6	1	11																		3rd JCC
		Q1		12/ N/A	26											8					11						4Q1
		Q2		12	38											22					20						4Q2
Chiang Mai																											
1	Nakornping Hospital	30 Sep 17	5820	No specific bed/609																							Fact sheet
		FY2019			163					166	120	10	36		referral 65												3rd JCC
2	Saraphi Bovorn Pattana Hospital	30 Sep 17	1091	18/28																							Fact sheet
		Oct 2018 - Jan 2019		10	23					23	10	8	5														2nd JCC
		2019																				31	2	5			3rd JCC
		Jan-Sep 2019		12	62	31	22	5	4																		4Q2

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
3	Yang Noeng THPH	30 Sep 17	26	2/2																							Fact sheet
4	Tha Kwang THPH	30 Sep 17	38	N/A																							Fact sheet
Khon Kaen																											
1	Khon Kaen Hospital	30 Sep 17	9527	N/A/ 1000																							Fact sheet
		FY2019		73/ N/A	822	689	42	91	0																		3rd JCC
		Aug - Oct 2019			178	178	0	0	0																		4Q2
2	Namphong Hospital	30 Sep 17	912	6/120																							Fact sheet
		Oct 2017 - Sep 2018		N/A/ 120						80	59	2	19									77	4	8			2nd JCC
		FY2019		8/ N/A	34	30	1	3																			3rd JCC
		Oct 2018 - Mar 2019								50	44	3	3														2nd JCC
		Oct 2018 - Jul 2019			199	194	0	5							100												4Q1
		Oct 2018 - Sep 2019			264	256	3	5		92					100												4Q2
3	Ban Kambong THPH	30 Sep 17	42	N/A/ 3																							Fact sheet
		Q1			11										100	3											4Q1
		Q2			10										100	3					10						4Q2
4	Sa-ard THPH	30 Sep 17	50	0/3																							Fact sheet
		Q1			8										100	3											4Q1

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤ 11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
		Q2			8										100	3					8						4Q2
5	Khon Kaen 2 Hospital	30 Sep 17	1580	0/0																							Fact sheet
		Oct 2018 - Jul 2019			31	28	2	1	0						71	1											4Q1
		Aug - Oct 2019			5	5	0	0	0						100	0											4Q2
6	Khok Si THPH	30 Sep 17	N/A	N/A /2																							Fact sheet
		Oct 2018 - Jul 2019			31	13	2	1	NA							1					1	1	0	0	0		4Q1, 4Q2
		Aug - Oct 2019			3	3	0	0	0							0					3	3	0	0	0		4Q2
7	Nong Tum THPH	30 Sep 17	13	0/0																							Fact sheet
		Oct 2018 - Jul 2019			31	13	2	1	NA							0											4Q1
		Aug - Oct 2019			2	2	0	0	0												2	2	0	0	0		4Q2
8	Bueng Niam THPH	30 Sep 17	44	N/A																							Fact sheet
Surat Thani																											
0	Total Province	Oct 2017 - Sep 2018																			565	504	47	84	21	8140	2nd JCC
		Jul - Sep 2018																			189	143	20	24	2	79	2nd JCC
		Oct 2018 - Feb 2019				765															321	263	14	36	8	NA	2nd JCC

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
		FY2019			702	592	29	81	0																		3rd JCC
1	Surat Thani Hospital	30 Sep 17	206	4/780																							Fact sheet
		Oct 2017 - Sep 2018		4/ N/A																							2nd JCC
		Jan - Dec 2018			686										refer 59.2												4Q2
		Jan - June 2019			459										refer 63.4												4Q2
		FY2019		2/ N/A						33	21	8	4	0			12	1	3	0		55	5	7	0		3rd JCC
2	Ban Na Doem Hospital	30 Sep 17	11	2/30																							Fact sheet
		Q1		6/30																							4Q1
		FY2019		4/ N/A						43	39	0	4	0			17	0	3	0		3	0	0	0		3rd JCC
3	Ban Huai Yai THPH	30 Sep 17	8	0/0																							Fact sheet
		Q2			7											0					5						4Q2
Nonthaburi																											
1	Pranangklao Hospital	1 Sep 17	N/A	0/515																							Fact sheet, 2nd JCC
		FY2019		0		26	70	25	0																		3rd JCC

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
2	Bang Bua Thong 2 Hospital		N/A	8/30																							2nd JCC, fact sheet
		FY2019		8/ N/A	30	29	0	1	0	30	29	0	1	0													3rd JCC
3	Rong Krachom THPH	30 Sep 17	43	0/0																							Fact sheet
4	Bang Kruai Hospital	30 Sep 17	284	2/30																							Fact sheet
		FY2019		2/ N/A		26	2	0	0																		3rd JCC
5	Bang Si Thong THPH	30 Sep 17	110	0/0																							Fact sheet
Nakhon Ratchasima																											
0	Total Province	FY2019		110/ N/A		1377	20	63																			3rd JCC
1	Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	30 Sep 17	N/A	12/ 1300																							Fact sheet, 2nd JCC
		FY2019				800	20	63																			3rd JCC
2	Hua Thale Hospital	Oct - Dec 2018	N/A	2/24	330					316	5	9	0	122													2nd JCC
		FY2019				14	0	0	0																		3rd JCC

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤ 11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
3	Non Farang THPH	30 Sep 17	15	0/0																							Fact sheet
4	Rakai THPH	30 Sep 17	30	0/0																							Fact sheet
5	Hua Thale PCU	30 Sep 17	26	0/0																							Fact sheet
		Oct 2018 - June 2019			2	2	2	0	0												1	1	0	0	0		4Q1
		Jan - Oct 2019			7																6						4Q2
6	Joho PCU	30 Sep 17	26	N/A																							Fact sheet
		Q2			12											4					8						4Q2
	Phuket																										
0	Total Province	Sep - Dec 2018		8/ N/A	137	106	4	27																			2nd JCC
1	Vachira Phuket Hospital	30 Sep 17	761	0/551																							Fact sheet
		Sep - Dec 2018		N/A/ 551	137	106	4	27																			2nd JCC
		Oct 2018 - Jan 2019			78					5											72						4Q1
		Oct 2018 - Aug 2019		8/551	313																						4Q2
		Oct 2018 - Sep 2019		8/ N/A						11											94						4Q2
		Sep 2018 - Mar 2019		8/ N/A	106	88	3	15	0																		3rd JCC

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤ 11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
2	Patong Hospital	30 Sep 17	219	0/62																							Fact sheet
		Q1								2																	4Q1
		Oct 2018 - Jun 2019			36	24	0	12	0																		4Q1
		Oct 2018 - Aug 2019		2/60	39	26	0	13	0												38						4Q2
		Oct 2018 - Sep 2019								4																	4Q2
		Sep 2018 - Mar 2019		2/ N/A	14	9	0	5	0																		3rd JCC
3	Thalang Hospital	30 Sep 17	342	0/60																							Fact sheet
		Oct 2018 - Jun 2019			65	50	1	14	0	6						4					44						4Q1
		Oct 2018 - Sep 2019		N/A/ 60	90	66	2	22	0	5						9					61						4Q2
		Sep 2018 - Mar 2019		4/ N/A	38	28	0	10	0																		3rd JCC
4	Ko Kaeo THPH	Sep - Dec 2018																			2.83 %						2nd JCC
		Q1			3																2						4Q1
		Sep 2018 - Mar 2019		0/ N/A	4	3	0	1	0																		3rd JCC

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤ 11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
Chonburi																											
1	Chonburi Hospital	30 Sep 17	72	0/850																							Fact sheet
		2018		0	1873										72.90						354						2nd JCC
		Jul - Dec 2018		0	908										76.43						256						2nd JCC
		Q2			170										88.23												4Q1
		FY2019		0	198	85	5	0	108																		3rd JCC
2	Somdet Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital Chonburi Province	30 Sep 17	N/A	10/10																							Fact sheet
		FY2019		10	115	91	2	16	6																		3rd JCC
3	Wat Yansangwara ram Hospital	30 Sep 17	31	5/30																							Fact sheet
		Jun - Sep 2018		5	21					21	18	3	0	0													4Q2
		Oct 2018 - Oct 2019			89					67	62	1	4	N/A													4Q2
		FY2019			32	30	0	2	0																		3rd JCC

No	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Total Elderly with ADL ≤ 11	IMC Capacity (Beds)/ Total (Beds)	Qualified for IMC/Receive Service					IPD IMC					% of Access	OPD IMC					Home Visit IMC						Source
					Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other		Total	Stroke	SCI	TBI	Other	Total	Stroke	SCI	TBI	Other	% access	
4	Sattahip Km.10 Hospital	30 Sep 17	740	5/60																							Fact sheet
		2018		8						102																	2nd JCC
		Oct 2018 - Feb 2019								72											26						2nd JCC
		Oct 2018 - Jun 2019								129	125	0	4	0	100												4Q1
		Oct 2018 - Oct 2019								183	178	0	4	1	100												4Q2
		FY2019			175	170	0	3	2																		3rd JCC
5	Phlu Ta Luang PCU	30 Sep 17	126	5/60																							Fact sheet
		Q2																			33						4Q2

Remark: The statistical data of IMC patients that not categorized as neither IPD nor OPD cases are counted as "Qualified for IMC/Receive Service"
Some hospitals provide specific beds for IMC at Rehabilitation Department, it was counted as IMC beds.

Table 3.2.1 Number of Existing Human Resource in Each Pilot Site and Recommended Human Resource in Guideline for IMC Made by MOPH in January 2019

No.	Workforce	Hospital/Health Care Institute	Level	Comparison of Existing Human Resource and Recommendation by IMC Guideline													Other Relevant Personnel					Source	Time Period
				PM&R Dr.	Family Medicine Dr.	PT	OT	ST	Prosthetist& Orthosis	Rehab nurse (4-month)	Rehab nurse (5-day)	Social Worker	Nutritionist/ Dietitian	Psychologist	Pharmacist	Total (Positions)	Registered Nurse	Public Health Officer	Care manager	Care giver	Volunteer		
Bangkok																							
1	**Recommendation**	Ratchaphiphat Hospital	M1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2017
	Existing			1	N/A	5	1	0	0	3		3	2	1	8	8	112	3	1	0	6	Fact sheet	
2	**Recommendation**	Health Center NO. 48	-													0							2017
	Existing			0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	18	0	0	0	402	Fact sheet	
3	**Recommendation**	Health Center NO. 67	-													0							2017
	Existing			0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	4	4	14	5	0	0	155	Fact sheet	
Chiang Mai																							
1	**Recommendation**	Nakornping Hospital	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2017
	Existing			1	N/A	10	5	2	0	0	0	4	1	1	46	8	616	13	24	109	N/A	Fact sheet	
2	**Recommendation**	Saraphi Bovorn Pattana Hospital	F2			■					■				■	3							2017, 2019
	Existing			1	1	5	2	0	0	1		0	1	1	0	7	5	0	1	N/A	15	Fact sheet & 2nd JCC	
3	**Recommendation**	Yang Noeng THPH	M THPH													0							2018
	Existing			1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	1	4	11	167	Fact sheet	
4	**Recommendation**	Tha Kwang THPH	S THPH													0							2017
	Existing			0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	N/A	0	1	4	77	Fact sheet	

No.	Workforce	Hospital/Health Care Institute	Level	Comparison of Existing Human Resource and Recommendation by IMC Guideline													Other Relevant Personnel					Source	Time Period
				PM&R Dr.	Family Medicine Dr.	PT	OT	ST	Prosthetist& Orthosis	Rehab nurse (4-month)	Rehab nurse (5-day)	Social Worker	Nutritionist/ Dietitian	Psychologist	Pharmacist	Total (Positions)	Registered Nurse	Public Health Officer	Care manager	Care giver	Volunteer		
Khon Kaen																							
1	**Recommendation**	Khon Kaen Hospital	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2017
	Existing			4	17	23	4	2	3	2		7	9	3	67	11	1,137	53	4	739	1071	Fact sheet	
2	**Recommendation**	Namphong Hospital	M2		■	■	■				■	■	■	■	■	8							
	Existing			0	0	5	0	0	0	1		0	2	0	12	4	119	6	1	150	2396	Fact sheet	2017
				N/A	5	8	N/A	N/A	N/A	1		N/A	2	N/A	N/A	4	7	N/A	N/A	N/A	N/A	4Q1	2019
3	**Recommendation**	Ban Kambong THPH	M THPH													0							2017
	Existing			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	3	2	4	96	Fact sheet	
4	**Recommendation**	Sa-ard THPH	M THPH													0							2017
	Existing			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	2	1	6	96	Fact sheet	
5	**Recommendation**	Khon Kaen 2 Hospital	Community Hospital													0							2017
	Existing			0	2	1	1	0	0	1		0	1	0	1	6	4	1	1	42	120	Fact sheet	
6	**Recommendation**	Khok Si THPH	L THPH													0							2017
	Existing			0	0	0	0	0	0	2		0	0	0	0	1	3	0	1	41	186	Fact sheet	
7	**Recommendation**	Nong Tum THPH	M THPH													0							2017
	Existing			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	2	22	185	Fact sheet	
8	**Recommendation**	Bueng Niam THPH	M THPH													0							2017
	Existing			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	25	169	Fact sheet	

No.	Workforce	Hospital/Health Care Institute	Level	Comparison of Existing Human Resource and Recommendation by IMC Guideline													Other Relevant Personnel					Source	Time Period
				PM&R Dr.	Family Medicine Dr.	PT	OT	ST	Prosthetist& Orthosis	Rehab nurse (4-month)	Rehab nurse (5-day)	Social Worker	Nutritionist/ Dietitian	Psychologist	Pharmacist	Total (Positions)	Registered Nurse	Public Health Officer	Care manager	Care giver	Volunteer		
Surat Thani																							
1	**Recommendation**	Surat Thani Hospital	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							
	Existing			3	N/A	14	3	0	2	4		5	5	3	51	9	880	8	0	82	1525	Fact sheet	2017
				2	N/A	16	3	N / A	2	5	5	N / A	N/A	N / A	N / A	6	N/A					2nd JCC	Mar 2019
2	**Recommendation**	Ban Na Doem	F2			■					■				■	3							2017
	Existing			0	0	2	0	0	0	2		0	0	2	4	4	37	1	5	8	2	Fact sheet	
3	**Recommendation**	Ban Huai Yai THPH	M THPH													0							2017
	Existing			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	13	103	Fact sheet	
Nonthaburi																							
1	**Recommendation**	Pranangklao Hospital	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2017
	Existing			5	N/A	15	1	1	1	N/A	N/A	N / A	N/A	N / A	N / A	5	N/A	N/A	N / A	N / A	N/A	Fact sheet	
2	**Recommendation**	Bang Bua Thong 2 Hospital	F3			■					■				■	3							2017
	Existing			0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	21	5	0	6	14	Fact sheet	
3	**Recommendation**	Rong Krachom THPH	L THPH													0							2017
	Existing			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	23	89	Fact sheet	

No.	Workforce	Hospital/Health Care Institute	Level	Comparison of Existing Human Resource and Recommendation by IMC Guideline													Other Relevant Personnel					Source	Time Period
				PM&R Dr.	Family Medicine Dr.	PT	OT	ST	Prosthetist& Orthosis	Rehab nurse (4-month)	Rehab nurse (5-day)	Social Worker	Nutritionist/ Dietitian	Psychologist	Pharmacist	Total (Positions)	Registered Nurse	Public Health Officer	Care manager	Care giver	Volunteer		
4	**Recommendation**	Bang Kruai Hospital	F1			■					■				■	3							
	Existing			1	N/A	5	0	0	0	1		0	0	0	8	4	43	2	1	15	N/A	Fact sheet	2017
				1	N/A	6	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3	1	N/A	N/A	N/A	N/A	2nd JCC, 4Q1	Mar, June 2019
5	**Recommendation**	Bang Si Thong THPH	L THPH													0							2017
	Existing			1	0	1	0	0	0	1		0	0	0	1	4	3	1	2	62	64	Fact sheet	
Nakhon Ratchasima																							
1	**Recommendation**	Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2017, 2019
	Existing			5	10	16	4	3	5	9		3	10	0	67	10	1,323	107	0	0	513	Fact sheet & 2nd JCC & 3rd JCC	
2	**Recommendation**	Hua Thale Hospital	F3			■					■				■	3							2017, 2019
	Existing			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	9	0	0	0	0	Fact sheet & 2nd JCC & 3rd JCC	
3	**Recommendation**	Non Farang THPH	L THPH													0							2017
	Existing			0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	5	1	6	243	Fact sheet	
4	**Recommendation**	Rakai THPH	L THPH													0							2017
	Existing			0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	5	1	7	240	Fact sheet	

No.	Workforce	Hospital/Health Care Institute	Level	Comparison of Existing Human Resource and Recommendation by IMC Guideline													Other Relevant Personnel					Source	Time Period
				PM&R Dr.	Family Medicine Dr.	PT	OT	ST	Prosthetist& Orthosis	Rehab nurse (4-month)	Rehab nurse (5-day)	Social Worker	Nutritionist/ Dietitian	Psychologist	Pharmacist	Total (Positions)	Registered Nurse	Public Health Officer	Care manager	Care giver	Volunteer		
4	**Recommendation**	Bang Kruai Hospital	F1			■					■				■	3							
	Existing			1	N/A	5	0	0	0	1		0	0	0	8	4	43	2	1	15	N/A	Fact sheet	2017
				1	N/A	6	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3	1	N/A	N/A	N/A	N/A	2nd JCC, 4Q1	Mar, June 2019
5	**Recommendation**	Bang Si Thong THPH	L THPH													0							2017
	Existing			1	0	1	0	0	0	1		0	0	0	1	4	3	1	2	62	64	Fact sheet	
Nakhon Ratchasima																							
1	**Recommendation**	Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							
	Existing			5	10	16	4	3	5	9		3	10	0	67	10	1,323	107	0	0	513	Fact sheet & 2nd JCC & 3rd JCC	2017, 2019
2	**Recommendation**	Hua Thale Hospital	F3			■					■				■	3							
	Existing			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	9	0	0	0	0	Fact sheet & 2nd JCC & 3rd JCC	2017, 2019
3	**Recommendation**	Non Farang THPH	L THPH													0							2017
	Existing			0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	5	1	6	243	Fact sheet	
4	**Recommendation**	Rakai THPH	L THPH													0							2017
	Existing			0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	5	1	7	240	Fact sheet	

No.	Workforce	Hospital/Health Care Institute	Level	Comparison of Existing Human Resource and Recommendation by IMC Guideline													Other Relevant Personnel					Source	Time Period
				PM&R Dr.	Family Medicine Dr.	PT	OT	ST	Prosthetist& Orthosis	Rehab nurse (4-month)	Rehab nurse (5-day)	Social Worker	Nutritionist/ Dietitian	Psychologist	Pharmacist	Total (Positions)	Registered Nurse	Public Health Officer	Care manager	Care giver	Volunteer		
5	**Recommendation**	Hua Thale PCU	L THPH													0							2017
	Existing			0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	6	0	1	6	95	Fact sheet	
6	**Recommendation**	Joho PCU	L THPH													0							2017
	Existing			0	1	2	0	0	0	2		0	0	0	1	4	7	1	5	15	199	Fact sheet	
Phuket																							
1	**Recommendation**	Vachira Phuket Hospital	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2017
	Existing			2	N/A	28	5	2	1	0	0	2	5	10	48	9	463	21	28	9	70	Fact sheet	
2	**Recommendation**	Patong Hospital	M2		■	■	■				■	■	■	■	■	8							2017
	Existing			0	N/A	4	0	0	0	0	0	0	2	0	9	3	84	16	1	53	386	Fact sheet	
				■		■				■						3						3rd JCC	2019
3	**Recommendation**	Thalang Hospital	F1			■					■				■	3							2017
	Existing			0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	2	9	4	71	19	0	60	798	Fact sheet	
					■	■				■												3rd JCC	2019
Chonburi																							
1	**Recommendation**	Chonburi Hospital	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2017
	Existing			4	N/A	16	3	1	3	1		8	7	9	58	10	N/A	0	1	21	230	Fact sheet	

No.	Workforce	Hospital/Health Care Institute	Level	Comparison of Existing Human Resource and Recommendation by IMC Guideline													Other Relevant Personnel					Source	Time Period
				PM&R Dr.	Family Medicine Dr.	PT	OT	ST	Prosthetist& Orthosis	Rehab nurse (4-month)	Rehab nurse (5-day)	Social Worker	Nutritionist/ Dietitian	Psychologist	Pharmacist	Total (Positions)	Registered Nurse	Public Health Officer	Care manager	Care giver	Volunteer		
2	**Recommendation**	Somdet Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital Chonburi Province	Specialized Hospital													0							2017
	Existing			1	N/A	5	0	0	0	3		1	1	1	1	7	4	2	0	0	0	Fact sheet	
3	**Recommendation**	Wat Yansangwararam Hospital	F2			■					■				■								2017
	Existing			0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	38	3	0	28	301	Fact sheet	
4	**Recommendation**	Sattahip Km.10 Hospital	F1			■					■				■	3							2017
	Existing			0	N/A	3	0	0	0	0	0	0	1	0	6	3	N/A	2	5	20	70	Fact sheet	
5	**Recommendation**	Phlu Ta Luang PCU	L THPH													0							2017
	Existing			0	N/A	0	0	0	0	3		0	0	0	0	1	N/A	0	0	11	161	Fact sheet	

Remark: The statistical data of family medicine doctor is not available in provided documents (Hospital Fact Sheet)

Table 3.2.2 IMC Health Workforce Guideline from Guideline for IMC Made by MOPH in January 2019

Professions	Hospital Level						
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3
1. Rehabilitation Doctor	√	√	√	-	-	-	-
***Internal Medicine Doctor	√	√	√	√			
2. Family Medicine Doctor	√	√	√	√	-	-	-
3. Physical Therapist	√	√	√	√	√	√	√
4. Occupational Therapist	√	√	√	√	-	-	-
5. Speech-Language Pathologist	√	√	√	-	-	-	-
6. Prosthetist/Prosthesis and Orthosis Technician	√	√	√	-	-	-	-
7. Rehabilitation Nurse (4-month curriculum)	√	√	√	-	-	-	-
8. Rehabilitation Nurse (5-day short course)	√	√	√	√	√	√	√
9. Social Worker	√	√	√	√	-	-	-
10. Nutritionist/Dietitian	√	√	√	√	-	-	-
11. Psychologist	√	√	√	√	-	-	-
12. Pharmacist	√	√	√	√	√	√	√

(*** General medicine, Nervous system medicine)

Table 3.3 Quality of Life (QOL) or Satisfaction Survey to Patients and/or Family Members

No.	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Evaluation Method	Number of Evaluated Patients (Persons)	Results	Source
Bangkok						
1	Ratchaphiphat Hospital	Q1 2019	The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)	26 Patients 26 Care givers	**1) Patients:** High 20% Medium 80% Missing 38.46% (10/26 prs) **2) Care givers:** High 80% Medium 20% Missing 7.69% (2/26 prs)	4Q1
		Q2 2019	The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)	N/A	**1) Patients:** High 25% Medium 73% Low 2% Missing: N/A **2) Care givers:** High 82% Medium 18% Missing: N/A	4Q2, 3rd JCC
Chiang Mai						
1	Nakornping Hospital	Q1, Q2	SF-36	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
2	Saraphi Bovorn Pattana Hospital	Mar-Aug 2019	Evaluated by PT named "Ms. Nantawan"	Total 4 Persons	N/A	4Q1
		Q2	Evaluate by PT and Home Visit Team until 6 months	100% of pPatients	N/A	4Q2
Surat Thani						
1	Surat Thani Hospital	Q1	N/A	N/A	Overall of QOL Increased	4Q1
Phuket						
1	Vachira Phuket Hospital	Q2	Changed from SF-36 to Euro QOL	N/A	N/A	4Q2

Remark: The available information on Quality of Life (QOL) in provided documents is limited, some hospital did not provide information on this issue

Table 3.4 Human Resource Development at Each Pilot Site

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
1	Bangkok	1. Ratchaphiphat Hospital	Q1 2019	Demand for technical development in specific rehabilitation field	1) IMC capacity development training for nurses	A nurse from Ratchaphiphat Hospital	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	1 nurse from Ratchaphiphat Hospital attended IMC capacity development training	N/A	N/A	4Q1
					2) Cooperative workshop among IMC physicians, Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV) and the project on Seamless Health and Service for Elderly Persons (S-TOP)	Representatives from Ratchaphiphat Hospital	Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV) and the project on Seamless Health and Service for Elderly Persons (S-TOP)	N/A	N/A	N/A	
					3) Principal workshop on swallowing rehabilitation for public health personnel	2 representatives from Ratchaphiphat Hospital	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	2 representatives from Ratchaphiphat Hospital received capacity development in swallowing rehabilitation	N/A	N/A	
					4) Workshop on swallowing rehabilitation (Medium level) for public health personnel	2 representatives from Ratchaphiphat hospital	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	2 representatives from Ratchaphiphat Hospital	N/A	N/A	
					5) Training for IMC care givers through Home Clinic system	25 IMC patient relatives and 9 village health volunteers	Ratchaphiphat hospital	25 IMC patient relatives and 9 village health volunteer IMC care introduction from Ratchaphiphat Hospital	N/A	N/A	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
			Q2 2019		1) Workshop on capacity development in taking care of neurological patients	A nurse from Ratchaphiphat Hospital	Prasat Neurological Institute	A nurse from Ratchaphiphat Hospital received capacity development in taking care of neurological patients	N/A	N/A	4Q2
					2) Academic seminar on Basic course for taking care the elderly patient for Nurses	A nurse from Ratchaphiphat Hospital	N/A	A nurse from Ratchaphiphat Hospital gain basic knowledge for taking care the elderly patient	N/A	N/A	
					3) Workshop for public health personnel on IMC capacity development	Physicians from Ratchaphiphat Hospital	N/A	Physicians from Ratchaphiphat Hospital received capacity development on IMC	N/A	N/A	
2	Chiang Mai	1.Nakornping Hospital	Mar 2019	N/A	1) Training to treatment SCI patients before D/C to community	Nurses and physical therapists in Nakornping Hospital	Nakornping Hospital	80 Participants attended the training	N/A	Cooperate with province to organize 5-day rehabilitation training to nurses in Chiang Mai	3rd JCC, 4Q2
			Aug 2019		2) Meeting and training to increase potential to look after IMC patient (topic: chronic wounds and prevention of bedsore)	Nurse, PT, OT of community hospital in network	Nakornping Hospital	Knowledge increasing: 87.95%	N/A	Further plan for develop the potential of community hospitals and create physical therapist network.	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		2. Saraphi Bovorn Pattana Hospital	Q1 and Q2 2019	No full-time rehabilitation doctor (There is rehabilitation doctor from Sansai hospital on Tuesday and Friday) No rehabilitation nurse (need for training)	1) Training volunteer (1st batch) to take care of IMC patients in community	Volunteers from Tambon Yang Noeng and Tha Kwang	Saraphi Bovorn Pattana Hospital	64 Volunteers received capacity development for taking care of IMC patients	N/A	Conducting training for public Health volunteers in other Tambons in Saraphi sub-district	4Q1
		3. Yang Noeng THPH	Q1 2019	Demand to emphasize the concept of IMC in the area	There is no implementation on IMC capacity development activity yet						4Q1, 4Q2
			Q2 2019	IMC personnel of the THPH is inadequate for IMC patients in the area	There is no implementation on IMC human resource development activity yet						
		4. Tha Kwang THPH	Q1 2019	Demand for Intermediate Care nurse at the THPH	There is no implementation on IMC human resource development activity yet						4Q1
				The THPH would like to facility the village health volunteers as IMC care givers to work on IMC comprehensively							
3	Khon Kaen	1. Khon Kaen hospital	Q1 2019	N/A	1) 3 Days-training for increase knowledge and operation practice	Stroke unit, Spine unit, ICU TM2, and Neurosurgical ward	Khon Kaen Hospital	Participants: 14 Nurses (1 nurse/ward), 8.6% of Physical Therapist, 25% of Occupational Therapist	Unable to achieve the goal of 50% of PT	Achieve goal of 3 Days-training for IMC team (Nurse, Physical Therapist, Occupational Therapist, and Nutritionist): 50% Participation	4Q1
					2) 2 Days-training	1 Nurse/Ward (total 14 wards)	Khon Kaen Hospital	100% Participation	Unable to achieve the goal of 2 Nurses/Ward		

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
					3) 3-Day training to treatment Stroke patients	1 Nurse/Ward (total 14 wards)	Khon Kaen Hospital	100% Participation	Unable to achieve the goal of 2 Nurses/Ward		
					4) 4 Month-training on Stroke rehabilitation course	1 Nurse	Submit to N/A	Passed 4-month course: 0 Nurse	Unable to achieve the goal of 1 Nurse passed 4-month training	1. Coordinate with related agencies for develop 4 months-rehabilitation course for physical therapist 2. Planning to send 2 nurses to 4-months rehabilitation course in 2020	
			Q2 2019		5) 3 days-training for THPH on treatment of Stoke patient	Multidisciplinary teams in 7th health service	Khon Kaen Hospital	220 Participants	N/A	Organize 3-5 days-training to IMC team and have 80% Participants	4Q2
					6) 5 days-training	10% of PT from Khon Kaen Hospital, 1 PT from each community hospital, 1 PT from Kalasin, Mahasarakham, Roi Et Hospital	Khon Kaen Hospital	180 Participants	N/A	Coordinate with related agencies for develop 4 months-rehabilitation course for PT	
		2. Namphong Hospital	Q1 and Q2 2019	1) Circulate Medical Staffs: 5 Family Medicine Doctors, 7 Externs in Family Medicine, 8 General Doctors 2) Internal Medicine (Consult for Complicate	1) Training for look after IMC patients in Namphong THPH networks	Nurse in Namphong Ward, Community Nurse, Employee of 18 THPHs, and Physical Therapist	Namphong Hospital	72 Participants	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
					2) Training for look after IMC patients in	Care givers	Namphong Hospital	150 Participants	N/A	N/A	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
				Cases): 1 3) 8 Physical Therapists 4) 7 Registered Nurses in IMC ward 5) 2 Nutritionists	Namphong THPH networks						
					3) Capacity building on evaluation and primary aid before refer to health center	Volunteer, Community Leader	Namphong Hospital	70 Participants	N/A	N/A	
					4) 5-day Stroke nurse training	2 nurses	N/A	2 nurses	N/A	N/A	
					5) 3-day IMC training	1 nurse in IMC ward or physical therapist	N/A	1 nurse in IMC ward or physical therapist	N/A	N/A	
		3. Ban Kambong THPH	Q1 2019	Current circulate workforce: 1 Rehabilitation doctor 1 Nurse 1 Physical therapist 1 Pharmacist Permanent workforce: 2 Nurses	1) IMC training for capacity development and care giving	2 representatives from Ban Kambong THPH	N/A	The representatives from Ban Kambong received capacity development and care giving on IMC	N/A	N/A	4Q1
					2) Training on care giving for CVA, TBI, SCI patients	8 care givers in Sa-ard sub-district	Namphong Hospital	8 care givers in Sa-ard subdistrict received training on care giving for CVA, TBI, SCI patients	N/A	N/A	
					3) Workshop on IMC in cooperation with Japan Overseas Cooperation Volunteers	1 representative from Ban Kambong THPH	Japan Overseas Cooperation Volunteers	A representative from Ban Kambong THPH received capacity development on IMC	N/A	N/A	
			Q2 2019		1) An observation and study visit on IMC	A representative from Ban Kambong THPH	Nakornping Hospital and Saraphi Hospital	A representative from Ban Kambong THPH studied lesson-learnt from IMC operation of Nakornping Hospital and Saraphi Hospital	N/A	N/A	4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		4. Khon Kaen 2 Hospital	Q1 and Q2 2019	Current IMC workforce: 2 Nurses 1 Physical therapist	1) 3-day training for physicians and stakeholders in IMC operation	Physicians from Khon Kaen 2 hospital including nurse and physical therapist, as well as, 3 physicians from THPH	Khon Kaen Hospital	Physicians from Khon Kaen 2 Hospital	N/A	Knowledge Management for IMC network operation between working team and IMC committee at least once in 3 months to improve operation system and HRD	4Q1, 4Q2
				Lack of Physical therapist who received training in IMC 4 months training program	2) 5-year plan for capacity building in IMC operation for nurse including 4 months program for nurses	N/A	Khon Kaen 2 Hospital	N/A	N/A	Training in capacity building for taking care of IMC patients for nurses and physical therapist	
		5. Nong Tum THPH	Q1 and Q2 2019	Demand for capacity development in IMC for nurses and	3-day training and practice on IMC operation	Nurse from Nong Tum THPH	N/A	A nurse from Nong Tum THPH received training and practice on IMC operation	A goal of HRD of Nong Tum THPH is to provide IMC capacity development for 50% of medical staff	Provision of IMC capacity development for 50% of medical staff of Nong Tum THPH	4Q1, 4Q2
										Knowledge Management for IMC network operation at least once	
										Development long term care system for care givers, at least once a year	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		6. Khok Si THPH	Q1 and Q2 2019	N/A	1) 3-day training on IMC operation for Khok Si THPH officers	Officers of Khok Si THPH including nurses and public health technical officers	Khon Kaen Hospital	Officers of Khok Si THPH received capacity development in IMC operation from Khon Kaen Hospital	N/A	Provision of IMC capacity development for 50% of medical staff of Nong Tum THPH	4Q1, 4Q2
					2) 3-day training on rehabilitation capacity building from Multi-professional healthcare team	1 Nurse from Khok Si THPH	N/A	1 Nurse from Khok Si THPH received rehabilitation capacity building from 3 days training	N/A	Knowledge Management for IMC network operation at least once Development long term care system for care givers, at least once a year	
		7. Sa-ard THPH	Q1 2019	Current circulate workforce: 1 Rehabilitation doctor 2 Nurse 1 Physical therapist 1 Pharmacist Permanent workforce: 2 Nurses 1 Public Health Technical Officer	1) 1 officer from Baan Kham Bong THPH attended IMC operation training organized by Sa-ard THPH	1 officer from Baan Kham Bong THPH	Sa-ard THPH	Sa-ard THPH can contribute its knowledge on IMC operation to Baan Kham Bong THPH	N/A	N/A	4Q1
					2) Training on care giving for IMC patients in 3 main illness including CVA, TBI, and SCI for 4 care givers in Sa-ard subdistrict	4 care givers in Sa-ard subdistrict	Sa-ard THPH	4 care givers in Sa-ard subdistrict received training in are giving for IMC patients from Sa-ard THPH	N/A	N/A	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
					3) Training on IMC first aid and care giving for IMC patients in 3 main illness including CVA, TBI, and SCI and establishment network of community emergency rescuers for 35 volunteers	35 volunteers	Sa-ard THPH in cooperation with other THPHs and Namphong Hospital	35 volunteers received training on IMC first aid and care giving for IMC patients	N/A	N/A	
					4) Cooperative workshop among IMC physicians by Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV)	1 representative of Sa-ard THPH	Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV)	1 representative of Sa-ard THPH received capacity development in IMC operation from Japan Overseas Cooperation Volunteers (JOCV)	N/A	N/A	
					5) Study visit on IMC operation as a Daycare center of Sa-ard subdistrict for 15 visitors	15 visitors	Sa-ard THPH	15 visitors studied lesson-learnt of IMC operation from Sa-ard THPH	N/A	N/A	
			Q2 2019		1) 1 officer from Sa-ard THPH with officers from Namphong Hospital attended study visit on IMC operation at Nakornping Hospital and Saraphi Bovorn Pattana Hospital, Chiang Mai province	1 officer from Sa-ard THPH	Nakornping Hospital and Saraphi Bovorn Pattana Hospital, Chiang Mai province	An officer from Sa-ard THPH learnt IMC operation from Nakornping Hospital and Saraphi Bovorn Pattana Hospital	N/A	N/A	4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
4	Surat Thani	1. Ban Na Doem Hospital	Q1 2019	Demand for capacity development in rehabilitation specialization for health care personnel	1) 2 nurses attended 5-day rehabilitation training program	2 nurses from Ban Na Doem Hospital	Surat Thani Hospital	2 nurses from Ban Na Doem Hospital received capacity development in rehabilitation from Surat Thani Hospital	N/A	Nurses attend 4 months rehabilitation training program	4Q1
					2) 1 nurse and 1 physical therapist attended 2-day training program in occupational therapy, speech therapy and medical equipment for people with disabilities.	1 nurse and 1 physical therapist from Ban Na Doem Hospital	N/A	1 nurse and 1 physical therapist from Ban Na Doem Hospital received capacity development in occupational therapy, speech therapy and medical equipment for people with disabilities training program	N/A	Training for care givers in IMC care giving	
					3) Training program in care giving for elderly people	2 physical therapists from Ban Na Doem Hospital	N/A	2 physical therapists from Ban Na Doem Hospital received capacity development in care giving for elderly people	N/A	Development of on-the-job training system	
					4) Training program for care givers by physical therapists from Ban Na Doem Hospital	93 care givers	physical therapists from Ban Na Doem Hospital	Ban Na Doem Hospital distributed its knowledge on care giving to 93 care givers	N/A	Opportunity provision for care givers to present case study in IMC meeting	
			Q2 2019		1) IMC training for health care officers involving IMC situation and trends, as well as, medical tools for IMC operation (BI, ICF, Swallowing)	Local health care officers	N/A	Local health care officers received more knowledge and understanding in IMC operation	N/A		4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		2. Surat Thani Hospital	Q1 2019	N/A	1) Training health care volunteers network in Muang district, Surat Thani province	Health care volunteers in area Muang district, Surat Thani province	Surat Thani Hospital	Health care volunteers in area Muang district, Surat Thani province received training	N/A	Training for 30 care givers and community health care volunteers in total	4Q1
					2) Rehabilitation training for nurses	Nurses	Surat Thani Hospital	Nurses received capacity development in rehabilitation from Surat Thani Hospital	N/A	Training in The International Classification of Functioning, Disability and Health for physical therapists	
					3) Swallowing rehabilitation training for nurses	Nurses	Surat Thani Hospital	Nurses received capacity development in swallowing rehabilitation from Surat Thani Hospital	N/A		
			Q2 2019	The hospital would like to increase number of physical therapists to work with local community Demand for IMC capacity building	1) Training on patient care giving for 80 heath care volunteers in Muang district	80 heath care volunteers in Muang district	Surat Thani Hospital	80 heath care volunteers in Muang district received training on caregiving from Surat Thani Hospital	N/A	Short-term rehabilitation training for nurses	4Q2
		3. Ban Huai Yai THPH	Q1 2019	Inadequate of health care workforce including occupational therapist, ST, PO	1) 1 officer attended IMC rehabilitation including IMC circumstance and trends, and IMC tools such as BI, ICF, and Swallowing	1 officer from Ban Huai Yai THPH	N/A	1 officer from Ban Huai Yai THPH received IMC training (50% progress from project goal)	N/A	Capacity building in IMC care giving	4Q1

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
					2) Training on care giving for 6 occupational therapists	6 occupational therapists	Ban Huai Yai THPH	6 occupational therapists received training on care giving from 19 target participants, calculated to 31.58% progress	N/A	Development of on-the-job training for health care officers	
			Q2 2019		1) 1 officer attended IMC rehabilitation including IMC circumstance and trends, and IMC tools such as BI, ICF, and Swallowing	1 officer from Ban Huai Yai THPH	N/A	Totally 2 officers from Ban Huai Yai THPH received IMC training (100% goal complete)	N/A	Opportunity provision for care givers to present case study in IMC meeting	4Q2
5	Nonthaburi	1. Bang Bua Thong 2 Hospital	Q1 and Q2 2019	Demand for capacity development of health care personnel	1) Technical training on swallowing rehabilitation assessment for physical therapist	2 Physical therapists from Bang Bua Thong 2 Hospital	N/A	2 Physical therapists from Bang Bua Thong 2 Hospital received capacity development in	N/A	Plan to dispatch health care officers to attend technical training	4Q1, 4Q2
				Demand for increase health care workforce	2) 5-Day rehabilitation training program for nurses	4 nurses from Bang Bua Thong 2 Hospital	N/A	4 nurses from Bang Bua Thong 2 Hospital rehabilitation training program	N/A	Proposal to increase health care workforce	
										Plan to dispatch nurses to attend 4 months rehabilitation training program	
		2. Bang Kruai Hospital	Q1 and Q2 2019	Demand for technical capacity development	1) Health care officers attended technical training twice	Health care officers from Bang Kruai Hospital	N/A			Plan to send health care officers to continue attend technical training	4Q1, 4Q2
				Demand for increase health care workforce						Proposal to increase health care workforce	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		3. Pranangklao Hospital	Q1 and Q2 2019	N/A	1) Training on speech, language and swallowing rehabilitation therapy for physical therapist and nurses in THPH	physical therapists and nurses from THPH	Pranangklao Hospital	physical therapists and nurses from THPH received capacity training on speech, language and swallowing rehabilitation therapy from Pranangklao Hospital	N/A	Training on speech, language and swallowing rehabilitation therapy for health care volunteers and care givers	4Q1, 4Q2
					2) Training on rehabilitation therapy and equipment instruction for health care volunteers and care givers from community daycare centers	Health care volunteers and care givers from community daycare centers	Pranangklao Hospital	Health care volunteers and care givers from community daycare centers received training on rehabilitation therapy and equipment instruction	N/A		
		4 Bang Si Thong THPH	Q1 2019	N/A	1) Training on care giving for elderly and equipment instruction from Bang Kruai Hospital	Care givers in operation areas of Bang Si Thong THPH	Bang Kruai Hospital	Care givers in operation areas of Bang Si Thong THPH received training on care giving for elderly and equipment instruction from Bang Kruai Hospital	N/A	More training on rehabilitation therapy for health care volunteers and care givers	4Q1
					2) Training on rehabilitation therapy for nurses of Bang Si Thong THPH from Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi	Nurses of Bang Si Thong THPH	Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi	Nurses of Bang Si Thong THPH received capacity development in rehabilitation therapy from Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi	N/A		

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
			Q2 2019		1) Technical training for care givers by professional physical therapist	Care givers in operation area of Bang Si Thong THPH	Bang Kruai Hospital	The THPH achieved 100% goal to provide training for care giving on rehabilitation for care givers and according the survey after training 70% of care givers can practice knowledge from the training to actual work at CP of the communities	N/A		4Q2
		5. Rong Krachom THPH	Q1 and Q2 2019	N/A	1) Training on care giving for elderly and equipment instruction from Bang Bua Thong 1 and 2 Hospitals	Care givers in operation area of Rong Krachom THPH	Bang Bua Thong 1 and 2 Hospitals	The THPH achieved 100% goal to provide training for care giving on rehabilitation for care givers	N/A	More training on rehabilitation therapy for health care volunteers and care givers Provision of study exchange and capacity development for officers of daycare centers	4Q1, 4Q2
6	Nakhon Ratchasima	1. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	Q1 and Q2 2019	Demand to increase positions of physical therapists	1) Training for hospital officers to increase understanding on IMC operation	officers of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	Officers of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital received training to increase understanding on IMC operation	N/A	Academic conference for seamless IMC operation by the Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	4Q1, 4Q2
		2. Hua Thale Hospital	Q1 and Q2 2019	Demand for capacity development for officers - lack of rehab nurse (source: 3rd JCC)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Plan to conduct case conference for patients with complications Training for capacity development	4Q1, 4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		3. Hua Thale PCU	Q1 and Q2 2019	Demand to increase positions of physical therapists	1) Training for health care officers including nurses and physical therapists about IMC operation	health care officers of Hua Thale PCU	N/A		N/A	Exchange program for capacity development among health care officers of the network hospitals in Nakhon Ratchasima	4Q1, 4Q2
				Demand for IMC capacity building	2) Training for IMC operation for nurses	nurses from Hua Thale PCU	N/A	Nurses received training on IMC operation for 3 times which is calculated to 80% of activity goal progress	N/A		
		4. Joho PCU	Q1 2019	Demand for adequate workforce of physical therapists	1) Training on rehabilitation therapy for dependent olders	N/A	N/A	N/A	N/A	Service assessment according to care map	4Q1
					2) Academic conference on swallowing rehabilitation therapy for nurses	nurses from Joho PCU	N/A	Nurses received training on IMC operation for 3 times which is calculated to 80% of activity goal progress	N/A	Capacity building for elderly caregivers	
7	Phuket	1. Patong Hospital	Q1 and Q2 2019	N/A	1) 3 days rehabilitation training for nurses	2 nurses from Patong Hospital	N/A	2 nurses from Patong Hospital received rehabilitation training	N/A	Provision of rehabilitation training for nurses in THPH	4Q1, 4Q2
										Training on speech, language and swallowing rehabilitation therapy for physical therapists	
		2. Thalang Hospital	Q1 and Q2 2019	N/A	1) 3 days rehabilitation training for nurses	2 nurses from Thalang Hospital	N/A	2 nurses from Thalang Hospital received rehabilitation training	N/A	Provision of rehabilitation training for nurses in THPH	4Q1, 4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		3. Vachira Phuket Hospital	Q1 and Q2 2019	N/A	1) 3 days rehabilitation training for nurses	4 nurses from Vachira Phuket Hospital	N/A	4 nurses from Vachira Phuket Hospital received rehabilitation training	N/A	Provision of rehabilitation training for nurses in THPH	4Q1, 4Q2
					2) Training on speech, language and swallowing rehabilitation therapy for 2 physical therapists	2 physical therapists from Vachira Phuket Hospital	N/A	2 physical therapists from Vachira Phuket Hospital received training on speech, language and swallowing rehabilitation therapy	N/A	Qualification of IMC communication patients	
					3) Training on basic rehabilitation therapy for 2 physical therapists	2 physical therapists from Vachira Phuket Hospital	N/A	2 physical therapists from Vachira Phuket Hospital received training on basic rehabilitation therapy	N/A	Training on speech, language and swallowing rehabilitation therapy for physical therapists	
					4) Training on intermediate rehabilitation therapy for 1 physical therapist	1 physical therapist from Vachira Phuket Hospital	N/A	1 physical therapist from Vachira Phuket Hospital received training on intermediate rehabilitation therapy	N/A		
		4. Ko Kaeo THPH	Q1 and Q2 2019	N/A	1) Workshop on IMC operation for elderly	The officers of the THPH	N/A	The officers of the THPH gain more knowledge on IMC operation	N/A	Practice of IMC knowledge for IMC patients	4Q1, 4Q2
					2) Seminar in STOP project implementation	The officers of the THPH and health care volunteers	STOP project	The officers of the THPH and health care volunteers got understanding on STOP project operation	N/A	Capacity development for health care volunteers	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
8	Chonburi	1. Chonburi Hospital	Q1 2019	The hospital would like to enhance HRD in further specific rehabilitation, for instance, swallowing and basic communication rehabilitation	1) Dispatching 2 nurses to conduct 4 months rehabilitation training program	Nurses from other hospitals in Chonburi	Chonburi Hospital	IMC ward at Sattahip KM.10 and Wat Yannasangwararam Hospital have at least 1 trained rehab nurse (4 months program)	N/A	N/A	4Q1
				Demand for HRD in rehabilitation nurses and assistants	2) Conducting 5 days training of rehabilitation nurses	17 nurses from other hospitals Chonburi	Chonburi Hospital	17 trained rehab nurses from 12 hospitals in Chonburi			
					3) Conducting 2 days training of rehabilitation assistance	19 assistants from other hospitals Chonburi	Chonburi Hospital	19 trained rehab assistants from other hospitals Chonburi			
					4) Study visit at Subacute Rehabilitation Department, Siriraj Hospital	Physicians from Chonburi Hospital	Siriraj Hospital	Done			
			Q2 2019	The hospital would like to enhance HRD in further specific rehabilitation, for instance, swallowing and basic communication rehabilitation	1) Conducting 5 days training of rehabilitation nurses	Nurses from Sattahip KM.10 and Wat Yannasangwararam Hospital	Chonburi Hospital	The Sattahip KM.10 and Wat Yannasangwararam Hospital can provide 1 trained rehab nurse to IMC ward	N/A	Study visit at "Day Care" event in Nonthaburi province	4Q2
				Demand for HRD in rehabilitation nurses and assistants	2) Conducting 2 days training of rehabilitation assistance	Assistants from Chonburi Community Health Center, Nong Mai Daeng THPH, and Stroke Unit Department	Chonburi Hospital	17 trained rehab nurses at 12 hospitals in Chonburi (100% complete)		Swallowing rehab training for 1 occupational therapist	
				Demand for capacity building on rehabilitation activities and basic communication	3) Study visit at Subacute Rehabilitation Department, Siriraj Hospital	Physicians from Chonburi Hospital	Siriraj Hospital	Done		Conducting rehab training for THPH in Muang District, Chonburi	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		2. Chak Ngaeo THPH	Q1 2019	Demand for nursing skill enhancement	1) The hospital dispatched 1 care manager (CM) to attend IMC training	1 care manager from Chak Ngaeo THPH	N/A	1 care manager receive training (Complete)	N/A	N/A	4Q1
				The hospital would like to increase health care personnel	2) The hospital dispatched care givers to attend IMC training	18 care givers from Chak Ngaeo THPH	N/A	18 care givers receive training (Complete)			
			Q2 2019	Demand for nursing skill enhancement	1) The hospital dispatched 1 care manager (CM) to attend IMC training	1 care manager from Chak Ngaeo THPH	N/A	1 care manager receive training (Complete)	N/A	N/A	4Q2
				The hospital would like to increase health care personnel	2) The hospital dispatched care givers to attend IMC training	16 care givers from Chak Ngaeo THPH	N/A	16 care givers receive training (Complete)			
		3. Huai Yai THPH	Q1 2019	Demand for nursing skill enhancement	1) The hospital dispatched 1 care manager (CM) to attend IMC training	1 care manager from Huai Yai THPH	N/A	1 care manager receive training (Complete)	N/A	N/A	4Q1
				The hospital would like to increase health care personnel	2) The hospital dispatched care givers to attend IMC training	24 care givers from Huai Yai THPH	N/A	24 care givers receive training (Complete)			
			Q2 2019	Demand for nursing skill enhancement	1) The hospital dispatched 1 care manager (CM) to attend IMC training	1 care manager from Huai Yai THPH	N/A	1 care manager receive training (Complete)	N/A	N/A	4Q2
				The hospital would like to increase health care personnel	2) The hospital dispatched care givers to attend IMC training	24 care givers from Huai Yai THPH	N/A	24 care givers receive training (Complete)			

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		4. Phlu Ta Luang Primary Care Unit	Q1 2019	The PPCU provides IMC consultation for IMP patients	1) Rehabilitation capacity development training	personnel from PPCU	Chonburi Hospital	PPCU personnel attended training	N/A	N/A	4Q1
				The IMP patients lack of care givers at house due to their personal business	2) Rehabilitation training for IMC stroke	3 Care givers under PPCU operation	Chonburi Hospital	Care givers attended training			
					3) 1-day study visit at Siriraj Hospital	personnel from PPCU	Siriraj Hospital	N/A			
			Q2 2019	The PPCU provides IMC consultation for IMP patients	1) Rehabilitation capacity development training	personnel from PPCU	Chonburi Hospital	PPCU personnel attended training	N/A	N/A	4Q2
				The IMP patients lack of care givers at house due to their personnel business	2) Rehabilitation training for IMC stroke	3 Care givers under PPCU operation	Chonburi Hospital	Care givers attended training			
					3) 1-day study visit at Siriraj Hospital	personnel from PPCU	Siriraj Hospital	N/A			
		5. Sattahip KM10 Hospital	Q1 and Q2 2019	The hospital would like to increase health care workforce and capacity building on rehabilitation	1) Conducting 4 months rehabilitation training program	1 nurse from Sattahip KM10 Hospital	N/A	1 nurse from Sattahip KM10 Hospital attended rehabilitation training program	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
					2) Conducting 5 days training of rehabilitation nurses	2 nurses from Sattahip KM10 Hospital	N/A	2 nurses from Sattahip KM10 Hospital attended training of rehabilitation nurses	N/A	N/A	
					3) Conducting 2 days training of rehabilitation assistance	6 assistants from Sattahip KM10 Hospital	N/A	6 assistants from Sattahip KM10 Hospital attended training of rehabilitation assistance	N/A	N/A	
					4) Dispatching 5 nurses to attend stroke IMC training	4 nurses from Sattahip KM10 Hospital	N/A	4 of 5 target nurses from Sattahip KM10 Hospital attended stroke IMC training	N/A	Dispatching 1 nurses to attend stroke IMC training	

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time Period	Situation of Health Workforce	Training/ Seminar	Participants	Organizer	Results	Challenges	Action to be taken	Source
		6. The Supreme Patriarch Nganasamvara Geriatric Hospital	Q1 2019	Demand for capacity development specialized in rehabilitation	1) Dispatching a nurse to attend rehabilitation training program	1 Nurse from the Supreme Patriarch Nganasamvara Geriatric Hospital	N/A	There are totally 4 rehab physicians working at the Supreme Patriarch Nganasamvara Geriatric Hospital	N/A	The hospital would like to increase position of occupational therapist	4Q1
					2) 2 rehabilitation doctor attended rehabilitation capacity development program for 2 weeks	2 rehabilitation doctors from The Supreme Patriarch Nganasamvara Geriatric Hospital	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute		N/A		
			Q2 2019	Capacity development in rehabilitation for physicians in the Supreme Patriarch Nganasamvara Geriatric Hospital	1) Provision scholarship on rehab specialization study program for 3 years	2 doctors	N/A	The IMC team of the hospital can provide IMC services effectively	N/A	N/A	4Q2
		7. Watyansangwararam Hospital	Q1 and Q2 2019	Demand for capacity development of nurses	1) 4 months rehabilitation training program for nurses	1 nurse from Watyansangwararam Hospital	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	1 nurse received training 4 months rehabilitation training program from Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
				Increase IMC workforce	2) 5 days rehabilitation training program for nurses	1 nurse from Watyansangwararam Hospital	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	1 nurse received training 5 days rehabilitation training program from Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	N/A	N/A	
					3) 2 days rehabilitation workshop program for 2 assistants and 8 care givers	2 assistants and 8 care givers	N/A	2 assistants and 8 care givers attended 2 days rehabilitation workshop program	N/A	N/A	

Table 3.5 Re-division of Roles of Professionals and Relevant Personnel

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Time	Actions/Roles	Person in charge	Must be taken by	Source
1	Chiang Mai	1 Nakornping Hospital	After D/C	1) BI evaluation	destination agency	case manager	4Q2
		2 Saraphi Bovorn Pattana Hospital	Every Tuesday and Friday	1) patients' treatment	rehabilitation doctor from Sansai Hospital	rehabilitation doctor of Saraphi Bovorn Pattana Hospital	4Q1, 4Q2
				2) look after patients in IMC ward	registered nurse	rehabilitation nurse	4Q2
2	Khon Kaen	2 Namphong Hospital	N/A	1) Speech therapy for stroke patient	lack of speech therapy	Speech-Language pathologist	4Q2

Remark: The table only include the available data from provided documents, most of the pilot sites did not provide information about re-division of roles of professionals and relevant personnel

Table 3.6 Practices of Evaluation on Activity of Daily Living (ADL)

Province	General information/practices			Hospital/ Health Care Institute	Evaluation practice	Result				Time period	Source	Barthel index (Average)		Time period	Source
	Evaluation criteria	Stage of patient and Frequency	Source									Before IMC Intervention	After IMC Intervention		
Bangkok				**1. Ratchaphiphat Hospital**	1) evaluate ADL of 26 patients	92.8% of patients (25/26 prs), ADL improve 1 level because 1 patient did not cooperate in rehab program				Q1	4Q1	6.18	10.47	Oct 2018-Sep 2019	3rd JCC
					2) evaluate ADL of 38 patients	89.47% of patients (34/38 prs), ADL improve 1 level because other patients did not cooperate in rehab program				Q2	4Q2				
Chiang Mai	BI < 15 BI ≥ 15 BI 0-4: bed bound BI 5-11: home bound BI ≥ 12: social bound	Admit: 1 time D/C: 1 time 3 months: 1 time 6 months: 1 time		**1. Nakornping Hospital**	1) evaluate 103 patients for 4 times	Unable to compare because on 1st time, received answer from 52 prs (BI < 15: 42 prs. and BI > 15: 10 prs.) but after 6 months, received answer from only 4 prs					3rd JCC	< 15: 42/103 (N/A 51 cases)	N/A 99/103 cases	2019	3rd JCC
				2. Saraphi Bovorn Pattana Hospital	1) 4 IPD patients received evaluation by Physical Therapist	N/A				Mar-Jul 2019	4Q1	0-4: 19/38 cases (50%)	> 12: 21/38 cases (55.2%)	2019	3rd JCC
					2) 62 patients	66% of patients, BI improve				Mar-Sep 2019	4Q2				
					3) evaluate 38 patients: stroke 31, TBI 5, SCI 2 for 4 times	Admit: BI 0-4: 19 prs (50%) BI 5-11: 12 prs (31.6%) BI ≥ 12: 7 prs (18.4%)	D/C: BI 0-4: 17 prs (44.7%) BI 5-11: 8 prs (21.1%) BI ≥ 12: 13 prs (34.2%)	3 months: BI 0-4: 12 prs (31.6%) BI 5-11: 15 prs (39.5%) BI ≥ 12: 11 prs (28.9%)	6 months: BI 0-4: 8 prs (21.1%) BI 5-11: 9 prs (23.7%) BI ≥ 12: 21 prs (55.2%)	2019	3rd JCC				
					4) evaluate 23 IPD IMC patients	Admit: BI < 10: 20 prs	Later: BI increase: 18 prs (78.3%)			Oct 2018 - Jan 2019	2nd JCC				

Province	General information/practices			Hospital/ Health Care Institute	Evaluation practice	Result				Time period	Source	Barthel index (Average)		Time period	Source
	Evaluation criteria	Stage of patient and Frequency	Source									Before IMC Intervention	After IMC Intervention		
Khon Kaen	BI > 75: OPD BI < 75 or BI > 75 + multiple impairment: IMC ward (IPD) for home program, if after 6 months, BI < 75: long term care	When pass acute phase, refer to Nam Phong Hospital and evaluate BI evaluate before discharge: 1 time Home program: evaluate every 1-2 months until 6 months	2nd JCC meeting report (Mar 2019)	**1. Khon Kaen Hospital**	1) evaluate BI before referral							10	16	2019	3rd JCC
				2. Nam Phong Hospital	1) evaluate BI of 89 patients after rehabilitation in community	ADL 100: 17 prs	ADL 75-95: 43 prs	ADL 50-74: 24 prs	ADL < 50: 5 prs	fiscal year 2018 (Oct 2017 - Sep 2018)	2nd JCC	12	17	2019	3rd JCC
					2) evaluate BI of refer cases from other hospital	ADL increasing: 50%	same ADL: 50% ADL > 75: 31.25% ADL < 75: 18.75%			fiscal year 2018	2nd JCC				
					3) evaluate BI of 48 refer cases from other hospital	ADL increasing: 29 prs (60.41%)	same ADL = 19 prs (41.86%) ADL > 75: 10 prs (20.83%) ADL < 75: 11 prs (22.92%)			Oct 2018 - Mar 2019	2nd JCC				
					4) evaluate BI of 57 stroke patients in Namphong community (after rehab program)	ADL < 75: 25 prs (47.86%)	ADL: ≥ 75: 32 prs (56.14%)			Oct - Dec 2017	2nd JCC				
					5) Patient who have increased ADL (follow up for 6 months)	ADL 75-100: 84 prs (87.5%)	ADL 50-70: 11 prs (11.45%)			Q1	4Q1				
					6) Patient who have increased ADL (follow up to 6 months)	ADL 75-100: 125 persons (84.46%)	ADL 50-70: 14 persons (9.45%)			fiscal year 2019	4Q2, meeting summary of working team (1-2020)				
				3. Ban Kambong THPH	1) evaluate BI of patient who receive IMC service until 6 months by family doctor team	100% of patients (3 prs), BI increase				Q1, Q2	4Q1, 4Q2				

Province	General information/practices			Hospital/ Health Care Institute	Evaluation practice	Result				Time period	Source	Barthel index (Average)		Time period	Source
	Evaluation criteria	Stage of patient and Frequency	Source									Before IMC Intervention	After IMC Intervention		
				4. Sa-ard THPH	1) evaluate BI of patient who receive IMC service until 6 months	100% of patients (3 prs), BI increase				Q1	4Q1				
					2) evaluate BI of patient who receive IMC service until 6 months	100% of patients (6 prs), BI increase				Q2	4Q2				
				5. Khon Kaen 2 Hospital	1) evaluate BI of 20 Stroke patients and 2 SCI patients (from 28 Stroke, 2 SCI, 1 TBI)	BI 100: 13 prs	BI 75-79: 4 prs	BI 50-70: 1 pr BI 25-45: 1 pr	BI 0-20: 1 pr (Stoke) BI 0-20: 2 prs (SCI)	Oct 2018 - Jul 2019	4Q1				
					2) evaluate BI of 5 Stroke patients	BI 100: 2 prs	BI 75-95: 2 prs	BI 25-45: 1 pr		Aug - Oct 2019	4Q2				
					3) evaluate 2 patients who pass IMC criteria but refuse to receive IMC	ADL remain as 75: 1 pr	ADL decrease from 75 to 45: 1 pr			Q2	4Q2				
					4) evaluate 1 patient who receive IMC service since Q1	ADL increased from 55 (Q1) to 75 (Q2)				Q1 and Q2	4Q2				
				6. Khok Si THPH	1) evaluate BI of 3 Stroke patients	BI 100: 2 prs	BI 75-95: 1 pr			Q2	4Q2				
				7. Nong Tum THPH	1) evaluate BI of 2 Stroke patients	BI 75: 1 pr	BI 45: 1 pr			when receive case	4Q2				

Province	General information/practices			Hospital/ Health Care Institute	Evaluation practice	Result	Time period	Source	Barthel index (Average)		Time period	Source
	Evaluation criteria	Stage of patient and Frequency	Source						Before IMC Intervention	After IMC Intervention		
Surat Thani	BI ≥ 15 without multiple impairment: home program BI < 15 or BI ≥ 15 with multiple impairment: IPD, OPD After treatment BI = 20: D/C BI 11-19: rehab team BI < 11: LTC	evaluate BI every 1-2 month until 6 months	2nd JCC	**1. Surat Thani Hospital**	N/A				IPD: 6.22	IPD: 10.82	Oct 2018 - Sep 2019	3rd JCC
				2. Ban Na Doem Hospital	1) evaluate IPD patient who receive care following plan/goal	95.56% of patients, BI increase	Q2	4Q2	IPD: 11.32 OPD: 18.4 home visit: 7.67	IPD: 16.96 OPD: 20 home visit: 14.09	Oct 2018 - Sep 2019	3rd JCC
					2) evaluate OPD patient who receive care following plan/goal	90.48% of patients, BI increase	Q2	4Q2				
					3) evaluate BI of 5 patients who receive day care center service at Ban Na Doem	20% of patients, BI increase because BI first admit of patient was 85 (1 pr) and 100 (4 prs)	2019	3rd JCC				
Nonthaburi	After IPD, OPD, community case: BI 20: D/C BI 11-19: follow up by rehab team BI < 11: LTC (health care & social care)	evaluate BI/ADL every month until 6 months	2nd JCC	**1. Pranangklao Hospital**	1) evaluate BI after follow up for 6 months	83% of patients, BI increase	Q1	4Q1	5	17	Oct 2018 - Sep 2019	3rd JCC
					2) evaluate BI after follow up for 6 months	90% of patients, BI increase	Q2	4Q2				
				2. Bang Bua Thong 2 Hospital	N/A				10	13	Oct 2018 - Sep 2019	3rd JCC
				3. Rong Krachom THPH	N/A							
				4. Bang Kruai Hospital	N/A				10	18	Oct 2018 - Sep 2019	3rd JCC

Province	General information/practices			Hospital/ Health Care Institute	Evaluation practice	Result				Time period	Source	Barthel index (Average)		Time period	Source
	Evaluation criteria	Stage of patient and Frequency	Source									Before IMC Intervention	After IMC Intervention		
Nakhon Ratchasima	BI < 75 or multiple impairment: IPD or OPD or Community (rehab by PCC and home visit) BI ≥ 75 and no multiple impairment: D/C --> home visit by PCC or follow up After 6 months BI 100 and no multiple impairment: D/C BI 55-95 or multiple impairment: Follow up by PT BI < 55: LTC	- Evaluated by multidisciplinary team when admit - Evaluate BI every month until 6 months or until BI = 100 by Nurse and PT	2nd JCC & 3rd JCC	**Total Muang Ya 4 Hua Thale network**	1) evaluate BI of 19 patients	94.74% of patients (18 prs), BI increase	5.26% of patient (1 pr), BI remain because Joint stiffness	38.89% of patients (7 prs), BI = 100 within 3 months		Oct 2018 - Sep 2019	3rd JCC	48.94	82.37	Oct 2018 - Sep 2019	3rd JCC
				1. Joho PCU	1) evaluate BI of 12 patients	83.3% of patients (10 prs), BI increase	16.6% of patients (2 prs), BI remain	8.3% of patient (1 pr), died		Q1	4Q2				

Province	General information/practices			Hospital/ Health Care Institute	Evaluation practice	Result				Time period	Source	Barthel index (Average)		Time period	Source
	Evaluation criteria	Stage of patient and Frequency	Source									Before IMC Intervention	After IMC Intervention		
Phuket	BI < 15 or BI ≥ 15 with multiple impairment: IMC program --> rehab program --> D/C --> IPD or OPD or home visit After 6 months, If BI < 11: LTC BI = 11-19: follow up BI = 20: D/C BI ≥ 15 and no multiple impairment: If age < 60: Home program --> D/C If age ≥ 60: Day care	evaluate BI every month until 6 months or BI = 20	3rd JCC	**1. Vachira Phuket Hospital**	1) evaluate BI of 83 patients who receive rehab and follow up until 6 months	96.39% of patients (80/83 prs), BI increase				Oct 2018 - Mar 2019	4Q2	5.84	17.62	2019	3rd JCC
					2) evaluate BI of IMC patient who receive rehab 3-6 months	IPD rehab: BI increase 100%	OPD rehab: BI increase 100%	Out-reach rehab: BI increase: 70.59% BI remain: 8.24% BI decrease: 5.88% no response: 15.29%		Sep - Dec 2018	2nd JCC (slide 15)				
				2. Patong Hospital	1) evaluate BI of 20 patients (from 36 patients)	BI 20: 10 prs	BI 11-19: 7 prs	BI < 11: 3 prs		Oct 2018 - Jun 2019	4Q1	11	17.5	2019	3rd JCC
					2) evaluate BI of 22 patients (from 38 patients)	BI 20: 10 prs (25.64%)	BI 11-19: 8 prs (20.51%)	BI < 11: 4 prs (20.26%)		Q2	4Q2				
				3. Thalang Hospital	1) evaluate BI of 27 patients	BI 20: 7 prs	BI 11-19: 8 prs	BI < 11: 12 prs		Oct 2018 - Jan 2019	4Q1	7	12	2019	3rd JCC
					2) evaluate BI of 39 patients	BI 20: 10 prs	BI 11-19: 9 prs	BI < 11: 20 prs		Oct 2018 - Mar 2019	4Q2				
				4. Ko Kaeo THPH	N/A							8.6	18.16	2019	3rd JCC

Province	General information/practices			Hospital/ Health Care Institute	Evaluation practice	Result	Time period	Source	Barthel index (Average)		Time period	Source
	Evaluation criteria	Stage of patient and Frequency	Source						Before IMC Intervention	After IMC Intervention		
Chonburi	BI < 15 or BI ≥ 15 and have multiple impairment: IPD or OPD or Community (rehab by PCC and home visit) BI ≥ 15 and no multiple impairment: D/C and follow up **After 6 months** BI 20: D/C BI 11-19: follow up by rehab team BI < 11: LTC	Evaluated BI when pass acute phase and every month until 6 months or until BI = 20	2nd JCC	**1. Chonburi Hospital**	1) evaluate BI of 82 patients who receive rehab until 6 months	74.3% of patients (61/82 prs), BI increase	After 6 months rehab	4Q2	6.8	14.0	2019	3rd JCC
					2) evaluate BI of Stoke IMC patients who receive rehab until 6 months	73.6% of patients (14/19 prs), BI increase	After 6 months rehab	4Q2				
				2. The Supreme Patriarch Nyanasamvara Geriatric Hospital	1) evaluate BI of patient who be Stoke patient less than 1 year	33.83% of Stoke patients, BI increase	Q1	4Q1	9.83	12.83	2019	3rd JCC
					2) evaluate BI of patient who has Stoke not exceed 6 months	90% of Stoke patients, BI increase	Q2	4Q2				
				3. Wat Yansangwararam Hospital	1) evaluate BI of 5 patients who have received rehab until 6 months or until BI = 20	100% of patients, BI increase	2018	4Q2	7.5	13.4	2019	3rd JCC
					2) evaluate BI of 26 patients who have received rehab until 6 months or until BI = 20	92% of patients (24/26 prs), BI increase	2019	4Q2				

Province	General information/practices			Hospital/ Health Care Institute	Evaluation practice	Result				Time period	Source	Barthel index (Average)		Time period	Source
	Evaluation criteria	Stage of patient and Frequency	Source									Before IMC Intervention	After IMC Intervention		
				4. Sattahip KM.10 Hospital	1) evaluate BI of 14 patients who receive rehab until 6 months or until BI= 100	13 patients, BI increase	1 patient, BI remain			Oct 2018 - Jan 2019	4Q1	12.6	16.87	2019	3rd JCC
					2) evaluate BI of 35 patients	85.71% of patients (30/35 prs), BI increase				Oct 2018 - Apr 2019	4Q2				

Table 3.7 Practices of Involvement of Patients and Family Members

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
1	Bangkok	1. Ratchaphiphat Hospital	1) 1 Community 1 Nursing Home project as a home-care center in the community. The hospital provides tools and equipment while the community provides care givers and center space. Health center provides training course for care givers	Q1 and Q2	100% Complete in fiscal year 2019	100% Complete in fiscal year 2019	N/A	4Q1, 4Q2
			2) Education for rehab program	N/A	N/A	N/A	N/A	2nd JCC
2	Chiang Mai	1 Nakornping Hospital	1) Provide information to patient and family members and sign the consent form before referral	Q1	Patient and family members participate in D/C planning	N/A	N/A	4Q1
			2) Provide information to patient and family members and sign the consent form before referral	Q2	All patients and family members have taken part in D/C planning (family meeting) before referral to Saraphi hospital	Patient and family members attend family meeting before referral to Saraphi Hospital or other hospitals	N/A	4Q2
		2 Saraphi Bovorn Pattana Hospital	1) Teaching family members or care givers to gain knowledge, understanding and confident on nursing and rehab therapy, to look after patient efficiently and confidentially, at the hospital and home	Q1	Teaching family members and care givers by nurse and multidisciplinary team	family members or care givers have knowledge and confident to look after patient both at the hospital and home	N/A	4Q1
			2) Patient and family members participated in making a decision for treatment	Q1	Patient and family members participate in the decision making for treatment and set a short-term goal and 6 months goal, including individual care plan and IMC patient monitoring record, for designing rehab plan	Satisfaction of patient and family members who participated in rehab treatment system and monitoring program	N/A	4Q1
			3) Teaching family members or care givers to gain knowledge, understanding and confident on nursing and rehab therapy, to look after patient efficiently and confidently, at hospital and home	Q2	Teaching family members and care givers by nurse and multidisciplinary team. 90% of family members and care givers received training	80% of family members and care givers receive training	Development of data analysis to improve the service	4Q2
			4) Patient and family members participated in making a decision for treatment	Q2	100% of patient and family members have participated in the decision making for treatment and set a goal with rehab team, by using Individual Care Plan, IMC patient book, and grand round. Satisfaction of patient and family members in 2019: 89.09% for IPD division, 88.76% for rehab division	- 100% of patient and family members have participated in the decision making - Satisfaction of patient and family members > 80%	N/A	4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
		3 Yang Noeng THPH	1) Patient and family members have taken part in decision making of rehab planning, under the supervision of multidisciplinary team	Q1	Start using of rehab plan	N/A	Organization of family members meeting for patient, family members/care givers to participant in care planning	4Q1
			2) Patient and family members have taken part in decision making of rehab planning, under the supervision of multidisciplinary team	Q2	Conducting the home visit by PT, to visit patient and family members in order to plan for treatment together	Organization of family meeting for patient and family members, including the participation on treatment planning by using family medicine practice	Organization of family meeting for patients, family members/care givers to participate in care planning	4Q2
		4 Tha Kwang THPH	1) Provision of care plan, goals and nursing activities among nurses, care givers, family members, and patients	Q1	Following up nursing and rehab according to care plan	ADL of patient increase from 4 to 7 within 5 months	Organization of family meeting for patients, family members/care givers to participant in care planning	4Q1
			2) N/A	Q1	Using Line group for multidisciplinary team and family members to communicate about care giving for patient and providing physical therapist video (which made by team) to care givers and family members	review the physical therapist method every month to care givers	N/A	4Q1
3	Khon Kaen	1 Khon Kaen Hospital	1) Open for care givers positions and evaluate the literacy of family members for appropriate care giving	Q1, Q2	More than 60% progress of care givers who can take care of patient	More than 50% progress of care givers who can take care of patient	Development of home program manual book for patient and care giver at least 1 disease	4Q1, 4Q2
		2 Namphong Hospital	1) N/A	Q1	Preparation before D/C by teaching patient and family members for home health care such as changing the post, wound dressing, passive and active exercise, observe the abnormal symptom, etc.	N/A	N/A	4Q1
			2) Decision making on goal and plan with participation of patient and family members	Q1	- Team meeting with patients' family members to set short-term and long-term goals, by integrating ICF concept. - 13 Team meeting (Since June 2019).	N/A	N/A	4Q1
			3) Preparation family members care givers to look after patient and evaluate the knowledge before D/C	Q1	Nurse Case Manager plan for training, then train on care and rehab by multidisciplinary team (nurse, PT, nutritionist) Then, evaluate result before D/C	N/A	N/A	4Q1

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
			4) Promotion on ability of patient and family members to appropriately look after patient when going back home	Q2	Multidisciplinary team provides rehab training to patient and family members - PT: create video clip on practice of standing and walking - Nurse: provides information and recommendation to observe the abnormal symptom	N/A	Improvement of technical training on rehab and daily care for patient and family are givers	4Q2
		3 Ban Kambong THPH	1) Visit IMC patient according to care plan by family doctor team	Q1, Q2	Discussion between family doctor team and patient/family members on goal and action to take care patient following are plan	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
			2) Care planning between patient, family members and public health personnel	Q1	Seamless care in community by trained family care givers from Namphong Hospital or center hospital, and development of short-term and long-term goals	N/A	N/A	4Q1
			3) Training for family members such as tube feeding, bedsore care, urinary catheter care, and physical therapy	Q1	- Training for family members on tube feeding, bedsore care, urinary catheter care, and physical therapy. - family medical team is a mentor and evaluating the result	N/A	N/A	4Q1
			4) Following up participation of patient and family members on taking care of IMC patient	Q2	Be the mentor to follow up and evaluate the skill of family members on tube feeding, bedsore, urinary catheter, and physical therapy	N/A	N/A	4Q2
		4 Sa-ard THPH	1) Visit IMC patient follow Care plan by family members doctor team	Q1, Q2	Discussion between family members doctor team and patient/family members on goal and action to take care patient following care plan	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
			2) Care planning among patient, family members and public health personnel	Q1	Seamless care in community by trained family care givers from Namphong Hospital or center hospital, and development of short-term and long-term goals	N/A	N/A	4Q1
			3) Training for family members such as tube feeding, bedsore care, urinary catheter care, and physical therapy	Q1	- Training for family members about tube feeding, bedsore care, urinary catheter care, and physical therapy. - family members medicine team is a mentor and evaluating the result	N/A	N/A	4Q1
			4) Following up the participation of patient and family members on taking care of IMC patient	Q2	Be the mentor to follow up and evaluate the skill of family members on tube feeding, bedsore, urinary catheter, and physical therapy	N/A	N/A	4Q2
		5 Khon Kaen 2 Hospital	1) Support care givers and evaluate the literacy of family members to look after patient continuously	Q1, Q2	100% of care givers can look after patient	N/A	N/A	4Q1, 4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
			2) Support patient and family members to participate in rehab program, set up goal, rehab planning for 6 months, including the transportation for patient to receive rehab at Khon Kaen 2 Hospital at least 2 times/week (3 hrs/time)	Q1, Q2	family members can participate in rehab program and transportation are provided	≥ 50% of care givers can support travel for patient to the hospital at least 2 times/week	N/A	4Q1, 4Q2
		6 Khok Si THPH	1) Support care givers and evaluate the literacy of family members to look after patient continuously	Q1, Q2	- Support all of care givers and evaluate literacy of all family members - ≥ 86.67% of care givers can look after patient continuously (in Q1) and 100% (in Q2)	Have care givers to look after patient ≥ 80%	N/A	4Q1, 4Q2
			2) Support patient and family members to participate in decision making to join rehab program	Q1, Q2	Support patient and family members to participate in decision making to join rehab program continuously	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
			3) Knowledge transfer and training for care givers for rehab and complication prevention	Q1, Q2	all family members have knowledge on rehab and do not face any complication	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
		7 Nong Tum THPH	1) Support care givers and evaluate the literacy of family members to look after patient continuously	Q1, Q2	- Support all of care givers and evaluate literacy of all family members - ≥ 80% care givers can look after patient (in Q1) and 100% (in Q2)	≥ 80% of care givers can look after patient ≥ 80%	N/A	4Q1, 4Q2
			2) Support patient and family members to participate in decision making to join rehab program	Q1, Q2	Support patient and family members to participate for decision making to join rehab program continuously	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
			3) Knowledge transfer and training care givers for rehab and complication prevention	Q1, Q2	all family members have knowledge on rehab and without any complication	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
4	Surat Thani	1 Surat Thani Hospital	1) Activities to promote the involvement of patient and family members	Q1	- Training SCI patient and family members emphasizing on the independent of patient - Overall QOL increase	Level of independent and overall QOL increase	Workshop to promote the motivation of patient and family members	4Q1
			2) Conference between multidisciplinary team, patient and family members for patient care planning	Q2	- Have conference between home visit team (doctor, PT, OT) on rehab method and adjust the environment of patients' home who receive Outreach rehab - Had 30 conference cases	- All of IPD IMC patient and family members receive team meeting before D/C - 70% of OPD IMC patient receive Team meeting	shall have team meeting between multidisciplinary team, IMC patient (both IPD and OPD) and family members	4Q2
		2 Ban Na Doem Hospital	1) D/C planning and case management which involve decision making of patient and family members	Q1, Q2	18.36% (Q2) of patient received family meeting (meeting between relevant personnel and family members to set short-term and long-term goal, rehab planning, and D/C planning)	100% of patient received family meeting	N/A	4Q1, 4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
			2) Preparation of patient and family members by teaching and training to look after patient. In Tambon Ban Na Doem have workshop for family members to take care patient such as arrangement and change the post, dressing, and activity assistance.	Q1, Q2	- Improvement of knowledge and skill to family members on caring and rehab before going back home - In Q2, 95.92% of family members receive knowledge on caring and rehab	80% of family members receive caring and rehab knowledge	evaluation skills of family members after receive knowledge before going back home	4Q1, 4Q2
		3 Ban Huai Yai THPH	1) Involvement of family members to look after patient	Q1, Q2	- Improvement of knowledge and skill of family members on caring and rehab before going back home - In Q2, 71.43% (5/7) of family members receive caring and rehab knowledge	80% of family members receive caring and rehab knowledge	- development of case model and following with empowerment - Evaluation skill of family members after receive knowledge before going back home	4Q1
			2) family meeting for setting goal, rehab planning, and D/C planning	Q2	28.57% of patients (2/7) attended family meeting	100% of IMC patient attended family meeting	THPH conducts in family meeting to set goal of each patient	4Q2
5	Nonthaburi	1 Pranangklao Hospital	1) family members and patient have knowledge on looking after and rehab patient	Q1, Q2	- Advice on patients' care giving and rehab to family members or patients by multidisciplinary team before D/C - 100% (in Q1) and 98.67% (in Q2) of family members or patients received advice for home program before D/C - 96.42% (in Q1) and 97.35% (in Q2) of family members satisfy on the advice of home program	- 100% of family members or patients receive advice of home program before D/C - 80% of family members satisfy on advice of home program	Co-planning of multidisciplinary team for patients' treatment	4Q1, 4Q2
		2 Bang Bua Thong 2 Hospital	1) Patient and family members/care givers receive home program training since admit in the hospital	Q1, Q2	90% of patient and family members/care givers receive home program training	100% of patient and family members/care givers receive home program training	Monitoring family members by phone call or by OPD or home visit, in order to teach about home program.	4Q1, 4Q2
			2) Workshop for family members and care givers	Q1, Q2	Plan to operate in Oct 2019	Knowledge and capacity of patient and family members/care givers increase	Organizing workshop following the plan	4Q1, 4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
		3 Rong Krachom THPH	1) Activities to promote awareness in THPH, community, and Elderly's Center in Quality of Life, in order to increase the involvement of elderly and family members on health care	Q1, Q2	Activities in many clubs such as elderly club, happiness club, and clinic in THPH, in order to increase awareness of elderly and family members on health care - Encouragement of family members to actively looking after elderly when receive rehab at Center for Quality of Life	80% of Elderly and family members satisfy on the organized activities	- Elderly clubs organize the activity to make Home-bound and Bed-bound elderly happy - Support for patient and family members to participate in patient's care planning	4Q1, 4Q2
		4 Bang Kruai Hospital	1) Patient and family members/care givers receive home program training since admit in the hospital	Q1, Q2	90% of patient and family members/care givers receive home program training	100% of patient and family members/care givers receive home program training	Monitoring family members by phone call or by OPD or home visit, in order to teach about home program.	4Q1, 4Q2
			2) Organize workshop for family members and care givers	Q1, Q2	will operate on Aug 2019	Knowledge and capacity of patient and family members/care givers increase	organize workshop following the plan	4Q1, 4Q2
		5 Bang Si Thong THPH	1) Activities to promote awareness in THPH, community, and Elderly's Center for Quality of Life, in order to increase the involvement of elderly and family members on health care	Q1, Q2	- Activities in many clubs such as elderly club, happiness club, and clinic in THPH, in order to increase awareness of elderly and family members on health care - encouragement family members to actively looking after elderly when receive rehab at the center to increase Quality of Life	80% of elderly and family members satisfy on organized activities	- Elderly club organize the activity to make Home-bound and Bed-bound elderly happy	4Q1, 4Q2
6	Nakhon Ratchasima	1 Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	1) Meeting among multidisciplinary team, patients and family members for patients' care planning	Q1	Have not been operated yet	N/A	Meeting among multidisciplinary team, patient, and family members in primary network Muang Ya 4 Hua Thale for patients' care planning	4Q1
			2) Meeting between multidisciplinary team, patients and family members for patients' care planning	Q2	Preparation of IMC patient before D/C from the thospital by preparing the literacy of family members to looking after patient	N/A	Meeting multidisciplinary team, patients and family members for patients' care planning before D/C	4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
		2 Hua Thale Hospital	1) Provision of information and understanding to patients and family members	Q1	- Training for daily prevention on the complication diseases - Increase awareness of family members on the importance of training and suitable environment to benefit the QOL of patients - Discussion, provision of information and the increase of understanding of patient and family members by emphasizing on the information of stroke, repeating chance, exercise, and the symptom that patient should urgently meet the doctor	Number of the D/C stroke patient decrease	Provision of information to all of patient/family members	4Q1
			2) D/C plan	Q2	- Discussion, provision of information and the increase of understanding of patient and family members - Development of the guideline to plan and set up the activity for patient/family members which cover problem/need of patient and conform with the capability and literacy of patient	Number of the D/C stroke patient decrease	- Provision information to all of patient/ family members - Plan to develop appropriate learning activity	4Q2
		3 Hua Thale PCU	1) Meeting among multidisciplinary team patients and family members for patients' care planning	Q1	Discussion with family members and patient on care goal and teach family members for rehab patient	80% of family members and patients involve in setting care and rehab goal	Meeting among multidisciplinary team and patient and family members for patients' care planning	4Q1
			2) Meeting among multidisciplinary team, patient, and family members for patients' care planning	Q2	- Discussion with family members and patient on care goal and teach family members to rehab patient - On Jan - Oct 2019, all of family members and patient involve in setting up caring and rehab goal	80% of family members and patient involve in set up caring and rehab goal	N/A	4Q2
			3) Volunteers in the community to conduct care giving for patient in the community, home visit, and create the innovation to help patient at home	Q2	- Organizing the meeting of volunteer in the community on IMC patients' rehab method and rehab by innovation - Community commitment in care giving and rehab for 4 patients, while 2 patients were take cared by their family members	80% of community involve in looking after and rehab patient	Organizing training on IMC patient's rehab for volunteers in community	4Q2
		4 Joho PCU	1) N/A	Q1	- Teaching and advice patient and family members on self-health care - Provision the information to Diabetes and hypertension patients, about Stroke and prevention	family members and community participate in patient care giving	- Evaluation of the independent ability of patient and family members - Evaluation of the possibility of new Stroke patient	4Q1

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
			2) Volunteer in the community involve in care giving for patients in the community, home visit, and create the innovation to help patient at home	Q2	Organizing the meeting of volunteer in the community on IMC patients' rehab method and rehab by innovation	N/A	Organizing training on IMC patient's rehab to volunteer in community	4Q2
7	Phuket	1 Vachira Phuket Hospital	1) Creation of rehab media for family members to learn and practice patient at home	Q1	Creation of exercise media for rehab on moving and speech therapy	Patient and family members utilize the media for rehab correctly	Selection of appropriate rehab media for individual patient and advise them on how to use media to patient and family members properly	4Q1
			2) Patient and family members participate in goal setting and treatment planning with multidisciplinary team	Q2	Team meeting to set goal and treatment plan among multidisciplinary team (PM&R, PT, OT, nurse), patients and family members every Tuesday on 2.30 pm (this activity begin since 30 Aug 2019)	80% of IMC patients achieve the goals	Data collection of IMC patients which achieve the goals	4Q2, 3rd JCC
			3) Patient and family members receive the advice on rehab before D/C and able to follow at home	Q2	- Provision of medical advice on rehab to patient and family members and evaluation of implementation result before D/C. - All of patient and family members who receive rehab advices before D/C are able to follow it at home	patient and family members who receive rehab advices before D/C are able to follow the instruction at home	N/A	4Q2
		2 Patong Hospital	1) Creation of rehab media for family members to learn and practice on patient at home	Q1	Creation of exercise media for rehab on moving and speech therapy	Patient and family members utilize the media for rehab correctly	Selection of appropriate rehab media for individual patient and advise them on how to use media to patient and family members properly	4Q1
			2) Patient and family members participate in goal setting and treatment planning with multidisciplinary team	Q2	Team meeting for setting goal and planning for treatment among multidisciplinary team, patients and family members	100% of patient and family members can follow the plan correctly and look after patient without facing complication	Data Collection of each IMC patients to use for improvement	4Q2
			3) Patient and family members receive teaching on exercise posture before D/C and able to follow the instruction properly. Also, the medical staff will evaluate family members and patient about the learning topic before D/C	Q2	- Teaching on the exercise posture to patient and family members - 100% of patient/family members passed the evaluation	N/A	N/A	4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
		3 Thalang Hospital	1) Creation of rehab media for family members to learn and practice on patient at home	Q1, Q2	Creation of exercise media for rehab on moving and speech therapy	Patient and family members utilize the media for rehab correctly	Selection of appropriate rehab media for individual patient and advise them on how to use media to patient and family members properly	4Q1, 4Q2
			2) Patient and family members participate in goal setting and treatment planning with multidisciplinary team	Q2	- There has not been team meeting because no IPD IMC during Jul - Sep - For OPD and HHC IMC patients, PT set a goal with participation of all patient and family members	N/A	N/A	4Q2
			3) IPD patient and family members receive the teaching on exercise posture before D/C to OPD and HHC every time when meet PT, and able to follow the advice	Q2	- Teaching on exercise posture to patient and family members - 100% of patient/family members passed the evaluation	N/A	N/A	4Q2
		4 Ko Kaeo THPH	1) Creation of rehab media for family members to practice patient at home	Q1	It is in the process of creating of exercise media for rehab on moving, speech therapy	Patient and family members can utilize media for rehab correctly	Selection of appropriate rehab media which suits to patient and advice how to use media to patient and family members properly	4Q1
			2) family members participated in operation of a day care center	Q1	N/A	N/A	N/A	4Q1
			3) Organizing the project to educate the elderly, disable people and care givers	Q2	- Provision of training for elderly, disable people and care givers to know how to take care of patients correctly, decrease the sickness, prevent and handle the problem. Patient/family members have the knowledge on diseases, repeatable of diseases, and focus on exercise, rehab, and prevention as a result. - Patient and family members have knowledge and can take an action correctly	Patient and care givers have knowledge and can provide care giving appropriately	N/A	4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
8	Chonburi	1 Chonburi Hospital	1) N/A	Q1, Q2	- Rehab team meeting of OPD IMC patient. - 80% of patients who join team meeting can achieve rehab goal	80% of patients who join team meeting can achieve rehab goal	Team meeting of OPD and community IMC patients by Rehab team & PCC team	4Q1, 4Q2
			2) Development of care givers network in the community	Q1, Q2	- Organizing workshop/training about rehab skill to care givers - 19 rehab assistants working in Nong Mai Daeng THPH and Muang Hospital	N/A	Rehab assistants in Nong Mai Daeng THPH and Muang Hospital, participate in looking after IMC patients in the community	4Q1, 4Q2
			3) Establishment of day care centers in the community	Q1	Coordination with Ban Suan Health Care Unit/Nong Mai Daeng THPH to delivery IMC service in the community	Development of work units to delivery IMC service at Ban Suan Health Care Unit or Nong Mai Daeng THPH	N/A	4Q1
			4) Increase the quality of work by using ICF during team meeting	Q2	- Increase the quality of OPD and community IMC work by using ICF during team meeting for 1-2 times/month - 80% of patients who join team meeting can achieve the rehab goal	80% of patients who join team meeting can achieve rehab goal	Team meeting of OPD and IMC patients in the community by rehab team & PCC team	4Q2
			5) Establishment of day care centers in the community	Q2	- Coordination with Ban Suan Health Care Unit/Nong Mai Daeng THPH to delivery IMC service in the community. - Delivery of community IMC service with Ban Suan THPH, Nong Mai Daeng THPH, San Sook THPH, Huai Krapi THPH and Muang THPH. - 68% of Stoke patients (35/51 prs) who has BI < 15, receive rehab until 6 months.	≥ 60% of Stoke patients who has BI < 15, receive rehab until 6 months	Organizing community IMC service with 17 THPHs in Muang sub-district, Chonburi	4Q2
		2 Somdet Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital Chonburi Province	1) N/A	Q1	83% of family CG has confident and ability to properly and efficiently taking care of patient at home	90% of family CG has confident and ability to properly and efficiently taking care of patient at home	N/A	4Q1
			2) N/A	Q2	95% of family members CG has confident and ability to properly and efficiently taking care of patient at home	90% of family members CG has confident and ability to properly and efficiently taking care of patient at home	N/A	4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
			3) IPD IMC patient has at least 1 CG for care giving to patient and training the necessary skills. The responsible team will set rehab goal with patient and family members/CGs	Q1, Q2	- Before receive IPD rehab, patient and family members/CGs will set goal of each admittion with multidisciplinary team - 100% of patient and family members/ CG set goal and IPD rehab plan with multidisciplinary team	100% of patient and family members/ CG set goal and IPD rehab plan with multidisciplinary team	N/A	4Q1, 4Q2
		3 Wat Yansangwararam Hospital	1) Training care giving skills	Q1, Q2	- Training on care giving skills for family members such as change the posture every 2 hrs, wound dressing, foley's catheter and NG tube, and exercise which suits for patient at home - CG can look after patient at home and pass the evaluation of multidisciplinary team - Teaching Home program for CG by PT (in Q2)	- 80% of CG gain knowledge and skills to look after patient at home - Complication such as Pneumonia, Bed sore, UTI decrease	N/A	4Q1, 4Q2
		4 Huai Yai THPH	1) Training care giving skills	Q1, Q2	- Training care giving skills to family members such as change the posture every 2 hrs, wound dressing, foley's catheter and NG tube, and appropriate exercise for patient at home - CG can look after patient at home and pass the evaluation of multidisciplinary team	- 80% of CG gain knowledge and skills to look after patient at home - Complication such as Pneumonia, Bed sore, UTI decrease	N/A	4Q1, 4Q2
		5 Chak Ngaeo THPH	1) Training care giving skills	Q1, Q2	- Training care giving skills to family members such as change the posture every 2 hrs, wound dressing, foley's catheter and NG tube, and appropriate exercise for patient at home - CG can look after patient at home and pass the evaluation of multidisciplinary team	- 80% of CG gain knowledge and skill to look after patient at home - Complication such as Pneumonia, Bed sore, UTI decrease	N/A	4Q1, 4Q2
		6 Sattahip KM.10 Hospital	1) patient and family members participate in D/C planning by - preparing the literacy of patient and family members by teaching and show how to look after patient - having an agreement with patient and family members, by having family members participated in looking after patient with relevant worker - providing information to patient and family members on advantages of rehab program - conducting the orientation folder for patient and family members when receive service for motivation	Q1	N/A	N/A	N/A	4Q1

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity Plan	Time Period	Progress of Activity	Activity Goal	Comment/Action to be Taken	Source
			2) patient and family members participate in D/C planning by - preparing the literacy of patient and family members by teaching and show how to look after patient - having an agreement with patient and family members, by having family members participated in looking after patient with relevant worker - providing information to patient and family members on advantages of rehab program - conducting the orientation folder for patient and family members when receive service for motivation	Q2	N/A	N/A	N/A	4Q2
		7. Phlu Ta Luang PCU	1) Training to improve care giving skills for patient	Q1, Q2	- Training on care giving for family members such as changing the posture every 2 hrs, wound dressing, foley's catheter and NG tube, and exercise which suits for patient at home - CG can look after patient at home and pass the evaluation of multidisciplinary team	- 80% of CG gain more knowledge and skills to look after patient at home - Complications (such as Pneumonia, Bed sore, UTI) decrease	- Development of CG network in the community (involvement of volunteers) - Establishment of day care centers in the community	4Q1, 4Q2

Table 3.8 Practice of Team-approach

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity/Tool	Team (IMC, Home Visit)	Time Period	Results	Comment/Action to be Taken	Source
1	Bangkok	1 Ratchaphiphat Hospital	1) Team meeting to create the guideline for rehab program for 13 cases	OT	Q1	N/A	N/A	4Q1
			2) Team meeting to create Advance Care plan	1 PM&R doctor and multidisciplinary team	once a week	N/A	N/A	4Q2
			3) Using CPG of each disease for IMC patients' treatment	OT	Q1, Q2	Q1: 13 patients Q2: 21 patients	N/A	4Q1, 4Q2
			4) Using CPG of each disease for IMC patients' treatment	N/A	Oct 2018 - Sep 2019	100%	N/A	3rd JCC
2	Chiang Mai	1 Nakornping Hospital	1) IMC round to Stoke, SCI, TBI patients	multidisciplinary team (host medicine, PM&R, nurse, PT, social worker, nutritionist)	every Friday morning	100% of patients receive IMC round	Continue IMC round	4Q1, 3rd JCC
		2 Saraphi Bovorn Pattana Hospital	1) Grand round to set care goal and change the activity when the outcome does not follow the goal	multidisciplinary team (PM&R doctor, family medicine, nurse, PT, OT)	every Tuesday (1.30-3.30 pm)	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
3	Khon Kaen	2 Namphong Hospital	1) Team case meeting	multidisciplinary team		N/A	N/A	4Q1
			2) Team case meeting before D/C	multidisciplinary team and community team	2 days before D/C	N/A	N/A	4Q1
			3) Co-planning between multidisciplinary team during team meeting	community nurse, THPH team, and multidisciplinary team of Namphong Hospital	N/A	have more numbers of participants in Q2	N/A	4Q1, 4Q2
			4) Team meeting in community	N/A	After creating care plan by CM	N/A	N/A	4Q1
			5) Applying ICF framework for IMC care planning	multidisciplinary team	Since Jul 2019	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
		3 Ban Kambong THPH	1) Team meeting	registered nurse from THPH, multidisciplinary team from Namphong Hospital	Q1 and Q2	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
			2) Team meeting in the community	N/A	After creating care plan by CM	N/A	N/A	4Q1
		4 Sa-ard THPH	1) Team meeting	nurse of THPH, multidisciplinary team from Namphong Hospital	Q1, Q2			4Q1, 4Q2
			2) Team meeting in the community	N/A	After creating care plan by CM	N/A	N/A	4Q1

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity/Tool	Team (IMC, Home Visit)	Time Period	Results	Comment/Action to be Taken	Source
4	Surat Thani	1 Surat Thani Hospital	1) Case conference of outreach IMC patient	Home visit team (Doctor, PT, OT)	Q2	Completed case conference: 30 cases	Team meeting among multidisciplinary team, IMC patient (both IPD and OPD) and family	4Q2
			2) Multidisciplinary team provides supervision at 8 community hospitals	Multidisciplinary team	2 Mar - 26 Apr 2019	Completed in 3 hospitals		2nd JCC
		2 Ban Na Doem Hospital	1) ICF should be used to evaluate patient comprehensively	N/A	N/A	N/A	Still in the consideration for further operation	4Q1, 4Q2
			2) Case conference with multidisciplinary team of Surat Thani Hospital before referring patient to Ban Na Doem Hospital	N/A	N/A	N/A	Still in the consideration for further operation	4Q1, 4Q2
6	Nakhon Ratchasima	Total province (Muang Ya 4 Hua Thale network)	1) Team conference to identify personal dilemma of patients and plan for treatment	Nurse, PT, Pharmacist, Thai medicine, Dentist	week 4 (after admit) and every 1-2 month	N/A	N/A	3rd JCC
		1 Hua Thale Hospital	1) Exchange information of patient in the team by developing the individual patient book and discussing verbally	Doctor, nurse, and PT of Hua Thale Hospital	Q1	N/A	Patient who face complication will receive consultation before D/C and have clear guidelines of the referral information system	4Q1
			2) Consultation and visitation from Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	Maharat Hospital: Neuro doctor, nurse, and social worker Hua Thale hospital: nurse, PT	Q1	N/A	Plan to have case conference for the patient who has complication problem	4Q1
			3) Consideration of cooperative round by the medical multidisciplinary team including PM&R doctor, PT, Nurse, Pharmacist	N/A	N/A	N/A	Still in a discussion process	4Q2
		2 Hua Thale PCU	1) Team conference on problems/ obstacles of IMC patient management	team	Q2	N/A	N/A	4Q2

No.	Pilot Sites	Hospital/ Health Care Institute	Activity/Tool	Team (IMC, Home Visit)	Time Period	Results	Comment/Action to be Taken	Source
7	Phuket	1 Thalang Hospital	1) Team meeting	IMC team from Thalang Hospital	Q1, Q2	N/A	Team meeting between IMC team from Thalang Hospital and THPH to find the guidelines to treat IPD IMC and HHC IMC	4Q1, 4Q2
8	Chonburi	1 Chonburi Hospital	1) Increase the quality of OPD and community IMC work by using ICF during Team meeting	multidisciplinary team, patient and family	1-2 times/month	80% of patients who join the team meeting can achieve the rehab goal	N/A	4Q2
			2) OPD team conference	OPD team	2018	N/A	N/A	2nd JCC
			3) Inter-department team meeting (ICF)	Inter department	N/A	N/A	N/A	3rd JCC
		2 Wat Yansangwararam Hospital	1) Using D-method for D/C planning	multidisciplinary team	N/A	N/A	N/A	4Q1, 4Q2
		3 Sattahip KM.10 Hospital	1) Case conference	Sattahip KM.10 Hospital team and Chonburi Hospital team	1 time	N/A	N/A	4Q1, 4Q2

Appendix 4

Attachment to the Discussion Paper



Appendix 4

Attachment to the Discussion Paper



List of Steering Meeting Members

Steering Meeting Attendees

Doctors

1. Dr. Prasitchai Mangjit	Director of Kaengkhoi Hospital
2. Dr. Bootsakorn Loharjun	Physician, Specialist Level (Medical Doctor) and Deputy Director of Academic and Medical Affairs, Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute (SNMRI)
3. Dr. Piyanuch Samerwong	PM&R Doctor, Deputy Director of Secondary and Tertiary Service Mission Group 4, Chonburi Hospital

HAD

4. Ms. Patchara Satienpuctra	Public Health Technical Officer, Senior Professional Level
5. Ms. Meena Choojai	Public Health Technical Officer, Professional Level

S-TOP

6. Mr. Akio KOIDE	Chief Advisor, JICA S-TOP Project
7. Ms. Hiroka YONEDA	Expert on Rehabilitation/Elderly Care
8. Ms. Akiko YOKOYAMA	Project Coordinator/Training Coordinator
9. Ms. Goollatee Kesmanee	Project Assistant
10. Ms. Chonnikarn Phatharachalit	Project Assistant
11. Ms. Warangkana Thaicharoen	Project Assistant

Observers

12. Mr. Shintaro NAKAMURA	(JICA HQs)
13. Ms. Rie SATO	(JICA HQs)
14. Ms. Yuko KAWAI	(JICA Thailand)
15. Mr. Takehiro IWAKI	(IC Net)
16. Ms. Warapan Jantapoon	(IC Net)
17. Ms. Sasi-Orn Watanapahu	Thai-Japanese interpreter
18. Ms. Muthita Panich	Thai-Japanese interpreter

4.2 General Information on Medical Service Provision in Thailand

General Information on Health Service Providers and Provision in Thailand

Health and medical service providers are diverse in the aspects of public/private and competent authorities. Regional hospitals, general hospitals and large scale of private hospitals in the provincial level are basically located in large cities. They can provide advanced medical care by doctors who have high expertise. While regional hospitals and general hospitals are located in every health region and every province, specialized hospitals and university hospitals are mostly located in Bangkok and a few cities. They provide very specialized medical services as third referral hospitals. Hospitals at the district level are set in every 20,000 to 100,000 population, and most of them are community hospitals under MOPH which has 10 to 120 beds. Community hospitals and general hospitals are the main providers of secondary health care in Thailand. Especially the community hospitals, they provide health promotion program, disease prevention program and curative services. In the same way, they have started rehabilitation services as the implementation of IMC policy in 2017. Apart from community hospitals, other secondary and tertiary health service providers are located in cities. As for the private hospitals and clinics, there are no referral system within the private sector and the public sector.

Figure 4.2.1 Health and Medical Service Providers in Thailand[31]

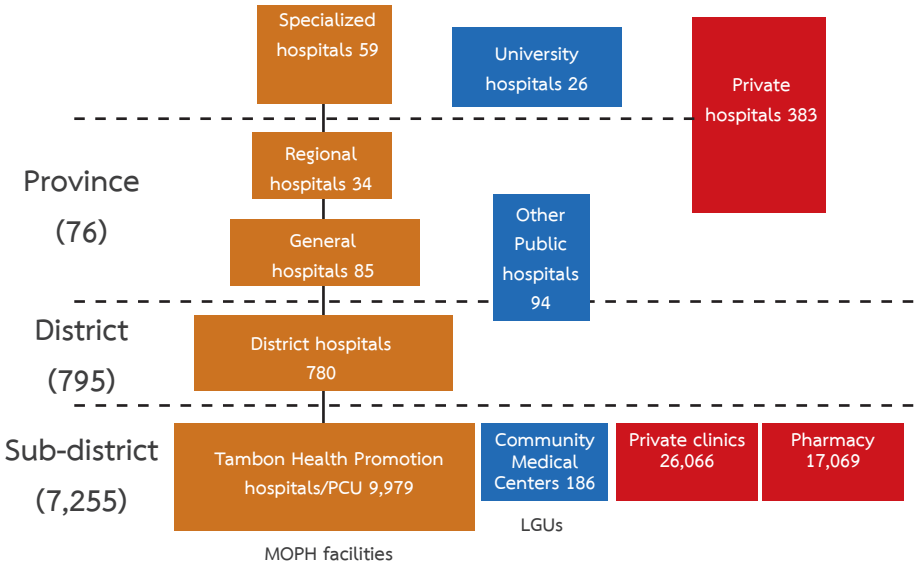
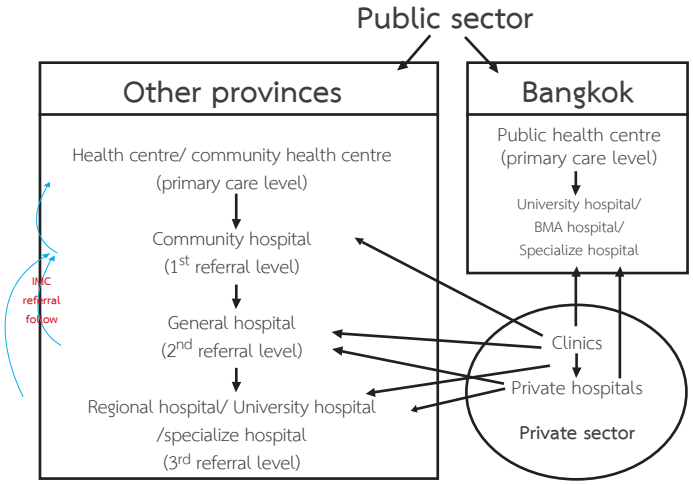


Figure 4.2.2 System of Health Care Provision in Thailand[32]



[31] Besides, Tambon Health Promotion Hospitals and PCU, there are 68 Public Health Centers in Bangkok under BMA which is not included in 9,979. This figure made by S-TOP in February 2020 Besides, Tambon Health Promotion Hospitals and PCU, there are 68 Public Health Centers in Bangkok under BMA which is not included in 9,979. This figure made by S-TOP in February 2020

[32] This figure is quoted from "Older Population and Health System: A profile of Thailand" (WHO)

Table 4.2.1 Classification of the Hospitals under MOPH[33]

Level	Classification	Description
A	Regional hospital (Advance – level hospital)	A hospital that has capabilities in response to the patients who need the complicated treatment requiring advanced and sophisticated technology that has high cost. Its mission includes medical education and medical research in which specialized medical doctors in every medical fields, i.e. major, minor and subfield, are available as necessary. The hospital is designated to be a high-level hospital that receives the referred patients (A level).
S	Large-sized general hospital (Standard-level hospital)	A hospital that has capabilities in response to the patients who need the specialized treatement. The specialized medical doctors in every medical fields, i.e. major, minor and subfield, are available. The hospital is designated to be a standard-level hospital that receives the referred patients (S level).
M1	Small-sized general hospital (Middle-level hospital: M1)	A hospital that has capabilities in response to the patients who need the complicated treatment. The specialized medical doctors in almost every medical fields including major and minor fields, are available as necessary. The hospital is designated to be a middle-level hospital that receives the referred patients (M1 level).
M2	Community hospital that receives the referred patients (Middle-level hospital: M2)	A community hospital that contains more than 120 beds; and has 3-5 general practitioners or family medicine doctors, and the specialized doctors in 6 major medical fields (internal medicine, surgery, obstetrics and gynecology, pediatrics, orthopedics, anesthesia), at least 2 each. It also must have inpatient ward, operation room, delivery room, intensive care unit, medical laboratory and radiological laboratory where the medical operation is carried out to aid in diagnosis and treatment. The hospital is designated to receive the patients referred from other community hospitals to help reduce the number of patients delivered to the general hospital, as well as to support the primary care units at each district.
F1	Large-sized community hospital (First-level hospital: F1)	A 90-120 bed community hospital that has 3-10 general practitioners or family medicine doctosr, and the specialized doctors in major medical fields (internal medicine, surgery, obstetrics and gynecology, pediatrics, orthopedics, anesthesia). It also must have operation room, inpatient ward, delivery room, and support service for the primary care units at each district.
F2	Middle-sized community hospital (First-level hospital: F2)	A 30-90 bed community hospital that has 2-5 general practitioners or family medicine doctors but does not have specialized doctors. It also must have inpatient ward, operation room, delivery room, and support service for the primary care units at each district.
F3	Small-sized community hospital (First-level hospital: F3)	A 30 bed community hospital that has 1-2 general practitioners or family medicine doctors. It has minor operation room, delivery room, inpatient ward for patients having not much complications, and support service for the primary care units at each district. The provision of medical procedure and full option service is not necessary being available.

[33] This table is quoted from "Guideline on IMC for Medical Personnel Under Health Care Services System Development Plan" (MOPH 2019)

4.3 Summary of Recommendations and Requests to S-TOP and the Thai Government from Interviewees

This is a summary table of recommendations to S-TOP and the Thai government from interviewees, as an attachment of the 1st draft of the discussion paper under the mid-term review of the S-TOP project. The recommends and requests are categorized into 9 categories, and 31 sub-categories. The interviews were conducted during 15th to 24th April 2020, through phone call by IC Net Asia. CO., LTD.

"Human Resource in IMC", "Finance in IMC", "National Policy", "Information Referral System", "Cooperation with Municipality and Partnership with Local Government" are highly raised by the interviewees.

Interviewees were composed as below.

Officers from the central government and PHO	7
Advisers from the practical supporter site and the academic supporter site	2
Dr. (PM&R Dr. and director of community hospitals)	8
Nurses	1
PT	1
Officers from the municipalities	2
S-TOP Japanese experts	1
TOTAL	22

Main Corresponding Chapter of Discussion Paper	Category	Sub Category	Total No. of Interviewees Mentioning	Example
1.) Service Delivery	Development of guideline regarding seamless care		2	Seamless care guideline, IMC treatment guideline
	Input of technical support and cooperation		4	Skill and technology, team approach, promotion of rehabilitation technology distribution in Japan and Thailand, application of Japanese skill and technique
	Improvement of accessibility to seamless care		4	IMC care service
	Establishment of rehabilitation specialized hospital/ center		2	

Main Corresponding Chapter of Discussion Paper	Category	Sub Category	Total No. of Interviewees Mentioning	Example
2.) Human Resource in IMC	Increase numbers of professional medical personnels (9)		12	Rehabilitation Nurse (2), PT (5), OT (5), ST (5)
	Increase quotas of government officers (5)			
	Plan allocation of HR/Estimation on potential numbers of necessary rehabilitation human resources (2)			
	Improve treatment for HR (2)			
	Capacity Development on medical personnels (6)			More in-country training by S-TOP, online training course for 4-month rehab nurse course, more trainings by S- TOP
	Capacity Development on LTC (6)			CD on CG (4), development of multi-media materials, CG resource development as Japan's system
	Mindset innovation (1)			
3.) Finance in IMC	Finance in IMC		9	Co-payment (2), difficulty in doing cost analysis at hospital level (2)
4.) LTC Services	Development of day care centers (4)		4	
	Strengthen cooperation and partnership with local government and community (6)		6	
5.) Cooperation in between Relevant Organizations	Improve information referral system / database			
	Strengthen cooperation between relevant organizations		4	Referral and practical cooperation (2), technical support & cooperation
6. Involvement of Patients/ Service Users and Family Members	Capacity development on patients and family members		2	Development of multimedia materials, promotion for awareness

Main Corresponding Chapter of Discussion Paper	Category	Sub Category	Total No. of Interviewees Mentioning	Example
7.) Project Operation	Improvement of project operation	Develop a guideline for clear operation (2)	4	
		Improve communication in between the Thai government and the Japanese experts (2)		
		Consider differences on process of policy making between Japan and Thailand (2)		
		Others (3)		M&E of site activities, site expansion, Japanese experts
	Strengthen cooperation between relevant organizations	Cooperation between the government agencies (4)	4	
8.) Others *No chapter in the discussion paper	Development of seamless care model/ Balance between standardization and site features		8	
	Strengthen awareness among related organizations and formulate policies within each hospital and municipality		3	
	Preparation and distribution of Infrastructure / equipment/ location	Provision of infrastructure, equipment and location (3)	5	
		Estimation on needed resources (2)		
	Utilization, sharing and promotion of practices of pilot sites among the pilot sites		4	
9.) National Policy *No chapter in discussion paper	Clarification of national policies and frameworks and appropriate implementation and execution	LTC/elderly policy (3)	8	
		IMC policy (6)		
		Seamless care policy (2)		
		Cooperation between medical and LTC services/un- cooperation due to system and		
		regulation (2)		

4.4 Information on LTC Facilities as of 31 December 2019

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
Chiang Rai	Yang Hom	1	**Quality of Life Development and Elderly Vocational Promotion Center**	1st January 2016	-	-	✔	✔	Elderly Club members					Municipality	**CTOP & LTOP Site**
				*Opened together with the day care center	*day care center was closed on 1st April 2017 due to the limited number of users			*By Nurse of THPH and CG						*Collaborate with Yang Hom THPH	Received the Assistance from MSDHS (building renovation, rehab equipment) **Potential Setting of S-TOP**
Chiang Mai	Mae Hia	2	**Health Rehab Center**	End of May 2019	✔	✔	-	✔ *By CM and CG	IMC and LTC Patients	1 Nurse CM 1 PT (Employed) 40 CG	Mon, Tue., Wed., Fri. Thu. (OT Service)	9:00 - 12:00 13:00 - 16:00	Municipality provides Van with Stretcher	Municipality *Collaborate with Tha Kham THPH *1 OT from Suandok Hospital of Chiang Mai University	Located in Muang District Received the Assistance from MSDHS (rehab equipment) 1 Nurse CM moved from Tha Kham Tambon Health Promotion Hospital (became Municipality Officer)
	Nong Hoi	3	**Health Rehab Center**		✔	✔	-	✔	IMC and LTC Patients					Municipality *Collaborate with THPH	Located in Muang District Conditions are very similar as above Municipality

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
	Tha Kwang	4	**Quality of Life Development and Elderly Vocational Promotion Center**		-	-	✔	-	Elderly Club members *Average Users 5-10 persons /1 day	1 Nurse CM 4 CGs	Tue., Fri.	9:00 - 12:00		Municipality	**S-TOP Site** Received the Assistance from MSDHS (rehab equipment)
			*Planning to setup Rehab& Life Support Activity Center												
	Yang Noeng	5	**Quality of Life Development and Elderly Vocational Promotion Center**		-	-	✔	-	Elderly Club members	1 Nurse CM 11 CGs	Mon., Tue., Wed., Thu., Fri.	8:30 - 16:30	Municipality provides Car	Municipality	**S-TOP Site** Received the Assistance from MSDHS (Rehab Equipment)
Khon Kaen	Sa-ad	6	**Multi-Purpose Center (Day Care for Elderly, Disabled and Vulnerable People)**	9th December 2016	✔	✔	-	✔ *By Nurse CM and CG	IMC and LTC Patients	1 Nurse (Employed) 2 Nurse CM 8 CGs 1 PT			Municipality provides Transportation Service (Ambulance)	Municipality *Nurse Care Managers from 2 THPHs *1 PT from Namphong Hospital	**CTOP & LTOP & S-TOP Site** Received the assistance from Grant Assistance for Grassroots Human Security Projects (GGP) Scheme of Embassy Of Japan (EOJ) (Building, Rehab Equipment)

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
Nakhon Ratchasima	Joho	7	**Elderly Rehab Center/Joho Community Health Center**	7th January 2014	✔	✔	-	✔	IMC and LTC Patients	5 Nurse CM 15 CGs	2 days a week	8:30 - 16:30		Joho PCU *5 Nurse CMs belong to PCU	**LTOP & S-TOP Site** Building was transferred from Municipality
								*By Nurse CM and CG		1 PT				*1 PT from Maharat Nakhon Ratchasima Hospital	*together with providing its medical services
	Hua Thale	8	**Quality of Life Development and Elderly Vocational Promotion Center**		-	-	✔	-	Elderly Club members	2 CM 7 CGs			1) Municipality provides Transportation Service (Pickup Truck)	Municipality	**S-TOP Site** Received the Assistance from MSDHS 1)Resident patients who need to access to hospital or PCU
			*Planning to setup Rehab & Life Support Activity Center												
Nonthaburi	Bang Si Thong	9	**Integrated Social Service Center (at Wat Ruwak)**	October 2013 *Started to provide rehab based on Care Plan	✔	✔	✔	✔ *By Nurse CM and CG	IMC and LTC Patients, Elderly Club members	1 Nurse (Employed) 14 CM 62 CGs *Plan to employ 1 PT	Mon. - Fri. (10-12 users per day)	8:00 - 16:30	Municipality provides Transportation Service (Van with Automatic Lift and Foldable Steps)	Municipality *Collaborate with Bang Kruai Hospital and Bang Si Thong THPH	**CTOP & LTOP & S-TOP Site** Received the Assistance from MSDHS (Fitness Equipment) Received the assistance from GGP Scheme of EOJ (Van with Automatic Lift, Rehab Equipment) *Center itself was opened during CTOP Land and Building were provided by the Ruwak Temple

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
Nonthaburi	Bang Si Thong	10	**Disabled People and Elderly Rehab Center (at Wat Ko Non)**	October 2014	✔	✔	-	✔	IMC and LTC Patients	Same as above, divided into groups	Tue., Thu. (10-12 users per day)	8:00 - 16:30	Same as above	Municipality *Same as above	Land and Building were provided by the Ko Non Temple *Electricity?*
		11	**Elderly Nursing Home (at Wat Ko Non)**	April 2017	-	-	-	-	LTC Patients with no Family Care Giver	Same as above, divided into groups	Every day	24 hours	-	Municipality *Same as above	Land and Building were provided by the Ko Non Temple *No elderly is staying at this moment, but the Facility is still remaining and can use anytime
	Wat Chalor	12	**Daycare Center (at Wat Tanot)**	22 June 2019	✔	✔	✔	✔	IMC and LTC Patients	1 Nurse CM (from PCC) 5 CGs 1 Thai Traditional Physician	Tue., Thu. (10-12 users per time)	9:00 - 15:00	Staff provide Transportation Service (Personal car)	Operated by Primary Care Cluster of Bang Kruai Hospital 1 Thai Traditional Physician form Bang Kruai Hospital	Wat Tanod (Temple) provided building Rehab equipment were provided by Provincial health office Fund Support from Electricity Generating Authority of Thailand (EGAT), EGAT plans to dispatch 1 Physical Therapist
							*Plan to use Health Promotion and Elderly School		Elderly Club Members		Tue., Thu. (30 users per time)	15:00 - 17:00			Support from Provincial Governor, Municipality and Bang Kruai District Health Board, Donation from Residents

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
	Bang Kuviang	13	**Daycare Center**	March 2019						7 CGs	(5-7 users per day)		Municipality provides Transportation Service (Golf Cart)		
	Pimol-rach	14	**Quality of Life Development Center for Elderly People in the Community**	24 June 2019 (Actual started providing services)	✔	-	-	✔	IMC and LTC Patients	5 Nurse CM 29 CGs 1 PT	Mon., Thu. (10-15 Users / 1 Time) 1 PT is dispatched 2 times a month	9:00 - 12:00	Municipality provides Transportation Service (Ambulance)	Municipality *2 Nurse CMs from Municipality, 2 Nurse CMs from THPH, 1 Nurse CM from Bang Bua Thong 2 Hospital	**S-TOP Site** Municipality provided the building Rehabilitation equipment were provided by Provincial health office
						*Plan to start in near future		*By Nurse CM and CG on Thu.		*1 PT from Bang Bua Thong 2 Hospital or Bang Bua Thong 1 Hospital					*Resident patients who need to access to hospital or PCU

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
Nonthaburi	Uea-Athon, Rattana-thibet	15	**Elderly Day Care and Rehabilitation Center**	February 2019	✔	-	✔	✔	IMC and LTC Patients	7 Nurse CM (3 THPHs and Bang Rak Noi Tambon Municipality)	Wed., Fri. (10-12 Users/ 1 Time)	9:00 - 13:00	Care Givers provide pick-up services for Resident Patients of Apartments	3 Tambon Health Promotion Hospitals (By Rotation)	National Housing Authority and Residents of Apartments provided the building
										18 CGs (3 THPHs and Municipality)			No pick-up services are provided to the Patients from other area	Pranangklao Hospital dispatches 1 PT	Rehab equipment were provided by Provincial health office
						*Plan to start in near future	*Elderly Club will plan to use	*Only for Resident of Apartments by Nurse CM and CGs		1 PT (Only Friday)	Wed., Fri.	13:00 - 16:30		Doctor visits by cases	THPHs execute Home Visit to Patients in their territory
Pathum Thani	Bueng Yitho	16	**Medical and Rehabilitation Center (with Daycare Center)**	Will open in November 2019	✔	✔	-	✔	LTC Patients	Physician (Employed) Nurses (Employed) PT (Employed)			Municipality not provide Transportation Service to Users	Municipality	**Mr. Okui, Representative of NPO in Japan is Advisor** 3 story building is already built Health Center is already transferred from MOPH to Municipality
															Health Center will move to the same building of Daycare Center Municipality Staff is studying the contents and program of services

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
Bangkok	Din Daeng District	17	**Din Daeng Social Services Center for the Elderly**		✔	✔	-	✔ *By CM and CG	LTC Patients	3 CM 13 CGs				Health Center No.4 Din Daeng *Collaboration with Social Development Department of BMA	**LTOP Site** Care Givers attends elderly who needs rehab to the center 3 Nurse Care Managers of Health Center No.4 and Care Givers provide Home Visit services
	Bang Khae District	18	**Nursing Home at Bang Siri Kasem Ruam Jai 50 Community Health Center**	May 2019		✔	-		IMC and LTC Patients	1 CM 9 Health Care Volunteers	Mon. - Fri.	8:00 - 16:00	Ratchaphiphat Hospital provides pick-up service by Van with Automatic Lift	Ratchaphiphat Hospital	**S-TOP Site** Funded by Ratchaphiphat Hospital (Department of Medical Service), under the Project of BMA, One (1) Community One (1) Nursing Home The first center in Bangkok
											User Fee: Elderly needs support 100 THB per day, Bed Ridden Elderly 150 THB per day Meal Fee: 50 THB per day				
Chonburi	Phlu Ta Luang	19	**Quality of Life Development and Elderly Vocational Promotion Center**		-	-	✔	-	Elderly Club members	1 Nurse (Employed)				Municipality *Collaborate with Sattahip KM10 Hospital and Phlu Ta Luang PCU	**S-TOP Site** Received the Assistance from MSDHS By renovating the existing store room of Municipality
			*Planning to setup Rehabilitation & Life Support Activity Center												

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
	Ban Suan	20	*Planning to setup Rehabilitation & Life Support Activity Center											Municipality	Chonburi Hospital is located in this Municipality
	Saen Suk	21	***Daycare Center (Under construction)**										Municipality will provide Transportation Service (Van with Automatic Lift)	Municipality *Collaborate with Burapha University Hospital	**Saku Project Site (JICA Grassroot Project Scheme)** Received the assistance from GGP Scheme of EOJ (Van with Automatic Lift, Rehab Equipment) Construction by the Municipality Budget
Ratchaburi	Photha ram	22	**Photharam Daycare Center**	29th March 2017	✔	✔	-	✔ *By CM and CG	LTC Patients	Nurse Health Care Volunteers			Municipality provides Transportation Service to users by golf cart	Municipality *Collaborate with Photharam General Hospital	**Mr. Kuniya (Ex. JOCV) supported its opening during his term of JOCV** **Mr. Kuniya is advisor**
	Ban Khong	23	**Ban Khong Daycare Center**	3rd November 2018	✔	✔	-	✔ *By CM and CG	LTC Patients (11 patients)	Nurse Health Care Volunteers				At Ban Khong Tambon Health Promotion Hospital	**Mr. Kuniya, funder of Rehab-Care for ASIA supported its opening,** **Mr. Kuniya is advisor**
	Ban Luak	24	**Ban Luak Daycare Center**	21st June 2019	✔	✔	-	✔ *By CM and CG	LTC Patients	Nurse Health Care Volunteers	2 days a month			At Ban Luak Tambon Health Promotion Hospital	**Mr. Kuniya, funder of Rehab-Care for ASIA supported its opening** **Mr. Kuniya is advisor**

Province	Municipality	No.	Name of Center	Founded Period	Service Contents				Target	Staffing	Service Day	Service Time	Accessibility	Operator	Related Information
					Rehab at Center	Life Support Activity at Center	Health Promotion and Vocational Training	Home Visit							
Surat Thani	Ban Na	25	**Quality of Life Development and Elderly Vocational Promotion Center/ Elderly Care Center**	7th April 2017	✔	✔	-	✔ *By CM and CG	IMC and LTC Patients (17 Patients)	2 CM 5 CGs 1 PT 2 OT	Mon., Wed., Fri. (24-30 patients per week)	9:00 - 12:00	Municipality provides Transportation Service (Van with Automatic Lift)	Municipality 1 PT from Ban Na Doem Hospital 2 OTs (one Thai and one JOCV) from Surat Thani Hospital (Fri.)	**CTOP & LTOP & S-TOP Site** Received the Assistance from MSDHS (Renovation Cost, Fitness Equipment) Received the assistance from GGP Scheme of EOJ (Van with Lift, Rehab equipment) Municipality held Tea Party (as a local tradition) several times to call the support (donation) Renovated old Municipality Office building into the Center **Certified as Model Center by MSDHS**
Phuket	Ko Kaeo	26	Daycare center	24th July 2019	✔	✔	-	✔	IMC and LTC Patients	Nurse CM CGs	Wed., Fri. (7-8 Patients per day)	9:00 - 12:00	Municipality provides Transportation Service	Ko Kaeo THPH *Collaborate with Vachira Phuket Hospital and Ko Kaeo Tambon Municipality	Received the Assistance from MSDHS 20 Health Care Volunteers

Appendix 5

Evaluation by OECD DAC 5 criteria



Appendix 5

Evaluation by OECD DAC 5 criteria

Evaluation for the Mid-Term Review of S-TOP by Five Evaluation Criteria

1. Relevance :

Thailand is entering into the era of the aged society soon. With the increasing number of the elderly, strengthening of IMC at the community has been recognized as an effective approach to avoid the elderly to be bed-ridden and, eventually, to reduce the burden of the family as well as community. The aim of the S-TOP to develop model services which are seamlessly provided from acute to chronic phases through IMC for the elderly is considered highly relevant to the response of Thailand for the coming aged society. The experience of IMC for the elderly accumulated in Japan is expected to contribute to the development of the seamless care service system in Thailand with the modification through the practices at the pilot project sites according to the characteristics and available resources at each site.

The implementation of the project is in line with the National Strategic Plan for Public Health of the MOPH, including "Aging Society Preparedness Policy: Seamless Home Health Care", to respond to the rapid move of Thailand from the aging society to the aged society, some relevant financial policies of NHSO regarding the care for elderly and person with disabilities, for example, **"Provincial Rehabilitation Fund"** and **"Tambon Health Fund",** and **"Elderly Care Standard"** of MSDHS. In this umbrella, IMC has been implemented in nationwide Thailand, with two KPI set by MOPH, which are, 1) Percentage of M and F hospitals in the province providing medium-term, inpatient rehabilitation care. (intermediate bed / ward) and 2) Stroke, Traumatic Brain Injury, and Spinal Cord Injury patients who survived and had a Barthel index score of <15, as well as a Barthel index score> 15 with multiple impairment, received mid-term rehabilitation and followed up for 6 months. Or until Barthel index = 20. As of February 2020, the first KPI has reached 68.96% as well as 71.21 % of the second KPI.

Pilot project sites of the S-TOP were carefully selected with the consideration of regional balance as well as the results of precedent JICA projects, namely CTOP and LTOP, jointly by the Thai and Japanese sides. Though the development of IMC service system for the elderly is not intensive as same as primary health and acute care for the pilot sites, concerned personnel at pilot sites understand the importance of IMC for the coming aged society and are participating to the project actively.

It is noted that IMC concept and practice is still relatively new in Thailand and there have been, and will be, newly recognized challenges and needs during the project as presented in the 'Discussion Paper' produced in this mid-term review. It is expected for the project to identify the needs for IMC, particularly for technical aspects as emphasized by the interviewees in this data collection of this mid-term review, continuously from the pilot sites as well as counterparts at the national level and respond to the needs flexibly *(Recommendation 1).*

The project was designed logically, with the advantages inherited from precedent projects, to achieve the project purpose to develop community-based models towards the nationwide expansion for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for the elderly. The needs-oriented approach at each pilot site is considered relevant to response to the different characteristics and available resources, however, at the same time, monitoring of the project achievements at each site is recognized as a challenge with the number of project sites as well as site-by-site approach of the project.

2. Effectiveness:

Identification of issues on seamless care service provision (Output 1) has been completed and activities based on the action plans prepared by each hospital to develop models on seamless care services are going on (Output 2). Based on the results of the activities, extraction of recommendations for the provision of seamless care services is expected (Output 3). Achievements of these three Outputs are expected to lead to the development of the community-based model for the provision of seamless care services for the elderly applied by Thai government (Project Purpose). The processes of situation/needs-oriented analysis, experiment, and development of models is suitable to develop applicable models for the Thai community.

The models for seamless care/support to the elderly to be developed through the project activities require consideration on the practicability for application. Therefore, to encourage the application in the community, it is suggested to the project to clarify the framework of models, including approaches to strengthen the partnership and cooperation with communities through activities such as the public hearing of service receivers as practiced by some hospitals at the pilot sites *(Recommendation 2)*. Analysis of experience at the pilot sites should be highlighted in the rest of the project period.

As a technical perspective, development of any types of guideline for further development of IMC service, for example, regarding technical terms on comprehensive treatment and critical practice as well as evaluation standard for health condition, and also development of handout/leaflet of developed models and good practices may be considered to encourage national policy implementation on seamless care provision to the elderly. In addition to the development of these, as raised by several interviewees interviewed in this mid-review data collection, clarification of functions between IMC and LTC works as well as standard services in the seamless care at THPH and municipality levels may contribute to the efficient provision of the service. *(Recommendation 3).*

3. Efficiency:

The project has been supporting the IMC service provision into practice with available capacity and resources at the pilot sites with the concept of seamless care/support according to the plan. Good practice and lesson-learned for the improvement have been gathered to support the nationwide response to the coming aged society. Personnel of concerned organizations are committing themselves into the project activities within the constraints of human and financial resources. Training in Japan was highly praised by the participants contacted in the mid-term review data collection in spite of difference in health care and insurance systems, socio-economic background, and available resources, and other aspects between Thailand and Japan.

Before the outbreak of COVID-19 in Thailand in February 2020, the project activities had been conducted as planned, though there were slight delay in some activities, with policy supports of organizations concerned, cooperation of stakeholders at central and local levels, existing network among stakeholders strengthened during the previous projects, and other factors. However, with the outbreak of COVID-19, it is necessary for the project to review and modify the project framework, including time framework and activities. The outbreak of COVID-19 has been affecting, and may continue to affect, the operation of medical facilities as well as mobilization of human and financial resources of the community *(Recommendation 4).*

Coordination and monitoring of the activities at the pilot sites have been a challenge for the project. With many pilot sites and organizations involved, systematic coordination between the project office, C/P organizations at the national level, and pilot sites is considered as a key factor for the effective and efficient implementation of project activities as well as for the sharing of necessary information. For instance, more involvement of the local administrations, particularly PHO, through the strengthening of coordination/monitoring framework at the provincial level may be considered. This will also contribute to the sustainability of project activities in the long-run *(Recommendation 5)*.

The monitoring form (Form 4) is an effective tool to track the activities and progress at each network hospital against the action plan. However, with the different goals/plans set by each hospital and monitoring format which allows the reporter to fill-up without uniformity, it is difficult for the project and C/P at the central level to analyze the progress of the project activities systematically. Therefore, it is suggested for the project to review the monitoring form, including the clarification of numeric data, such as number of IMC patients (IPD, OPD, HHC), ADL result, QOL result, to collect standardized information *(Recommendation 6).*

4. Impact:

Nation-wide utilization of the models for the provision of seamless care services for the elderly developed by the project (Overall Goal) is expected with the initiative of concerned government agencies, i.e. MOPH and MSDHS, in terms of the development of related policies and their implementation. As mentioned in the section above, clarification of framework and analysis of experience at the pilot sites for models to be developed as well as the development of the any guideline regarding IMC and handout/ leaflet of developed models and good practices are expected to promote the nationwide expansion of the models.

As the project is at the mid-point of the project, expected degree of the nation-wide application of the models, including number of sites which is an indicator of the Overall Goal of the project in Project Design Matrix (PDM), may be considered in cooperation with counterpart organizations.

The achievement of the overall goal will be largely affected by the government policy as well as available resources at medical facilities at field levels and community. Resurgence of COVID-19 and/ or outbreak of other communicable diseases as well as other external factors which potentially lower the priority on the seamless care service for the elderly may affect the achievement of the overall goal.

The project activities may enhance the management capacity of the medical facilities at pilot sites through the improvement of data management system, cost analysis, and other aspects, which eventually lead to the provision of better services for all groups of patients. There are no negative impacts of the project identified through this data collection for the mid-term review.

5. Sustainability:

With the approach of the project to develop community-based models for seamless care services according to the local characteristics and needs of concerned organizations, the outcomes of the project at each pilot site are expected to be utilized, or further developed, with the policy support of the related central and local administrations. Although there are concerns on the availability of financial and human resources at the medical facilities in the field level, it is expected that the availability of financial and human resources will be increased with the intensification on response to the aged society. At the time of the

mid-term review, awareness and participation of the personnel at the local medical facilities on the seamless care service for the elderly is high. However, there is also a concern on the lower retention rate of the medical personnel without job security. With the better employment status for personnel at medical facilities, continuous commitment of the involved staff on the seamless care service for the elderly is expected.

From the information collected, it is understood that the participation of the community, which is one of key elements of the seamless care for the elderly, may need to be strengthened further especially in some pilot sites. Therefore, it is considered important to pay more attention to involve local communities in cooperation with PHO, Provincial Social Welfare and Human Security Office, and local administrations in the rest of the project period to enhance the sustainability of the project outcomes *(Recommendation 7)*.

It is believed that the government of Thailand maintains the priority on the seamless care for the elderly with the allocation of financial and human resources, any occurrences of urgent and critical health related agenda, such as COVID-19 pandemic, may affect the sustainability of the project effects negatively.

Summary of Recommendations to the Project

1) IMC concept and practice are still relatively new in Thailand and there have been, and will be, newly recognized challenges and needs during the project. It is expected for the project to identify the needs for IMC continuously from the pilot sites as well as counterparts at the national level and respond to the needs flexibly.
2) With the analysis of the experience at the pilot site of the project, the framework of 'community-based models' for the seamless services to the elderly at the pilot site can be thought to encourage the application of the models at other communities.
3) Development of guideline, which may include, for example, technical terms on comprehensive treatment and critical practice as well as evaluation criteria for health condition and handout/leaflet of developed models and good practices, is important to encourage national policy implementation on seamless health care provision to the elderly. It is also noted that clarification of functions between IMC and LTC works as well as standard services in the seamless care at THPH and municipality levels may contribute to the efficient provision of the service.
4) It is necessary for the project to review and modify the project framework, including time framework and activities, with the impact of COVID-19 outbreak.
5) It is important for the project to have common and clear understandings on the communication/coordination lines among many and various organizations concerned. More involvement of the local administrations, particularly PHO, can be considered for effective and efficient coordination at the provincial level.
6) It is suggested for the project to review the monitoring form to analyze the progress of the project activities systematically. This includes the clarification of numeric data, such as number of IMC patients (IPD, OPD, HHC), ADL result, QOL result to collect standardized information.
7) It is considered important to pay more attention to involve local communities in cooperation with PHO, Provincial Social Welfare and Human Security Office, and local administrations in the rest of the project period to enhance the sustainability of the project outcomes.

Appendix 6

Presentation data



Appendix 6

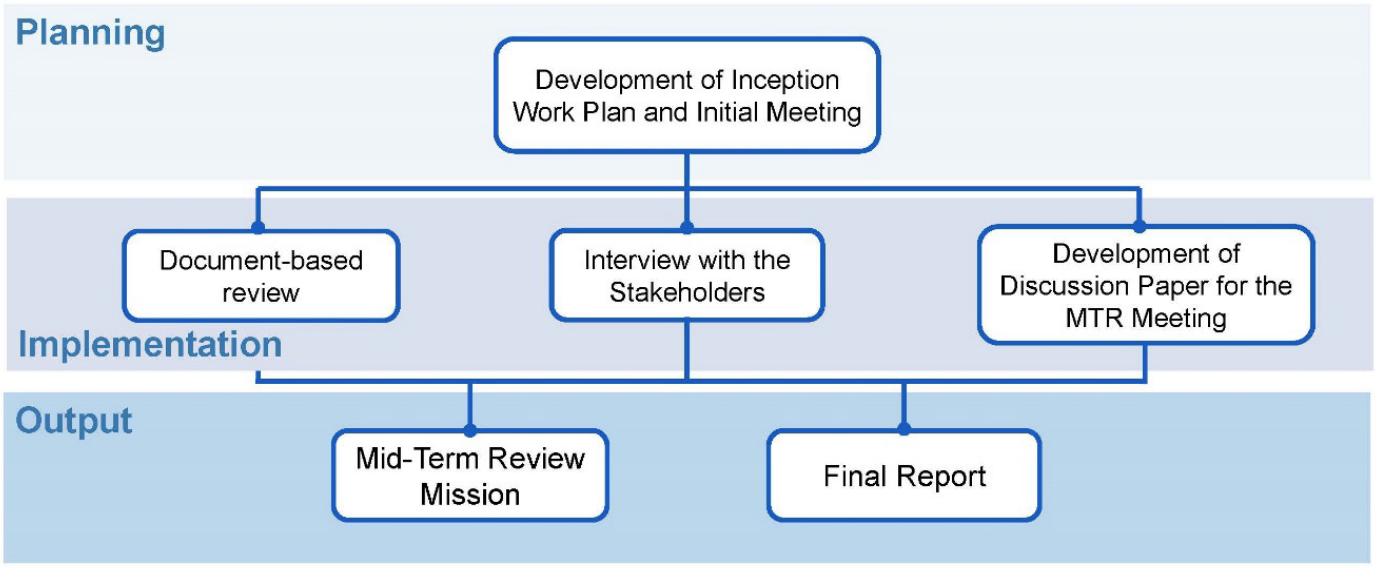
Presentation data

Mid – term Review

DISCUSSION PAPER

Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S - TOP)

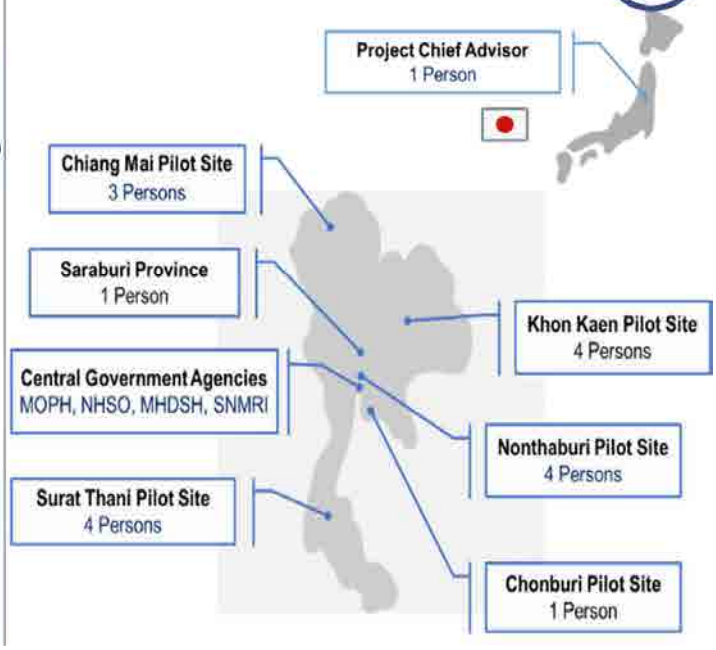
Structure of Mid-term Review (MTR)

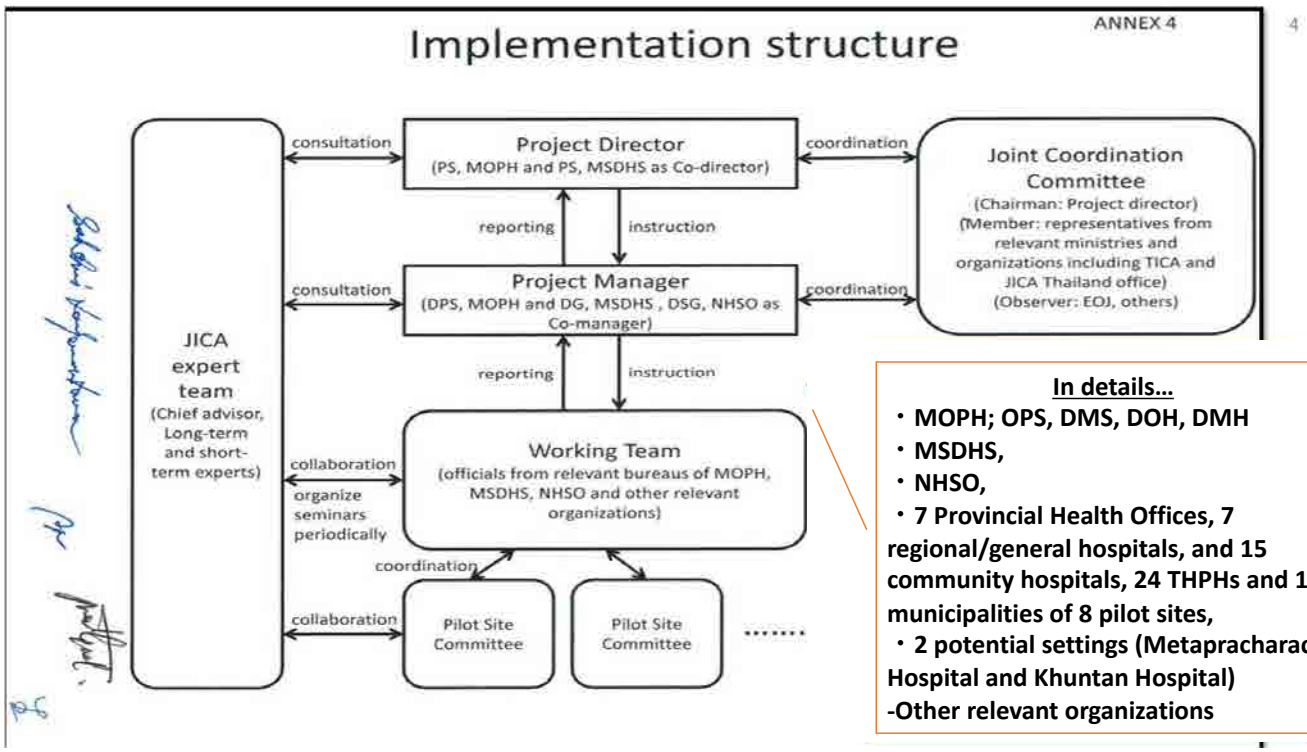


List of Documents Reviewed

Types of information	Name of documents
General Project operation	JICA Monitoring report (every six months)
	Project monthly report (written in Japanese)
Pilot sites related	Form 1 Stakeholder map
	Form 2 Fact sheet
	Form 3 Situation analysis sheet
	Action plans of 8 pilot sites (Power Point)
	From 4 Activity plan and quarterly report sheet
The central government related	IMC guideline issued by MOPH in January 2019
	Other documents provided by MOPH, MSDHS and NHSO through the project
	Other documents provided by the project

Interview to the Stakeholders: April 15 – May 2, 2020





In details…

- **MOPH; OPS, DMS, DOH, DMH**
- **MSDHS,**
- **NHSO,**
- **7 Provincial Health Offices, 7 regional/general hospitals, and 15 community hospitals, 24 THPHs and 10 municipalities of 8 pilot sites,**
- **2 potential settings (Metapracharack Hospital and Khuntan Hospital)**

-Other relevant organizations

5

Achievement so far…

Policy aspect

- National seminar (2 times):
  e.g. Discussion between executives of ministries, academic researchers, and practitioners on seamless care and further steps for its development in nationwide.
- Policy Japan training program
- Invitation program
- Working Team Meeting:
  e.g. Discussion on the project operation for model development towards nationwide expansion
- Meeting with MOPH:
  e.g. Discussion on IMC model development, human resource development, finance for seamless care, etc.
- Meeting with MSDHS:
  e.g. Discussion on the utilization of resources of MSDHS in the seamless care setting.
- Meeting with NHSO:
  e.g. Discussion on the national budget for IMC and LTC for the expansion of service delivery nationwide.

Technical aspect

Application from the technical Japan training programs and the seminar in Thailand

- Team approach by Multi -Disciplinary Team(MDT) using the *ICF framework at some hospitals
- Use of "individual patient book" for information management at *A* hospital
- Involvement of patients and family members on decision making through "family meeting" at many hospitals
- Establishment and development of day care center for both IMC and LTC in some pilot sites through the cooperation with the municipalities

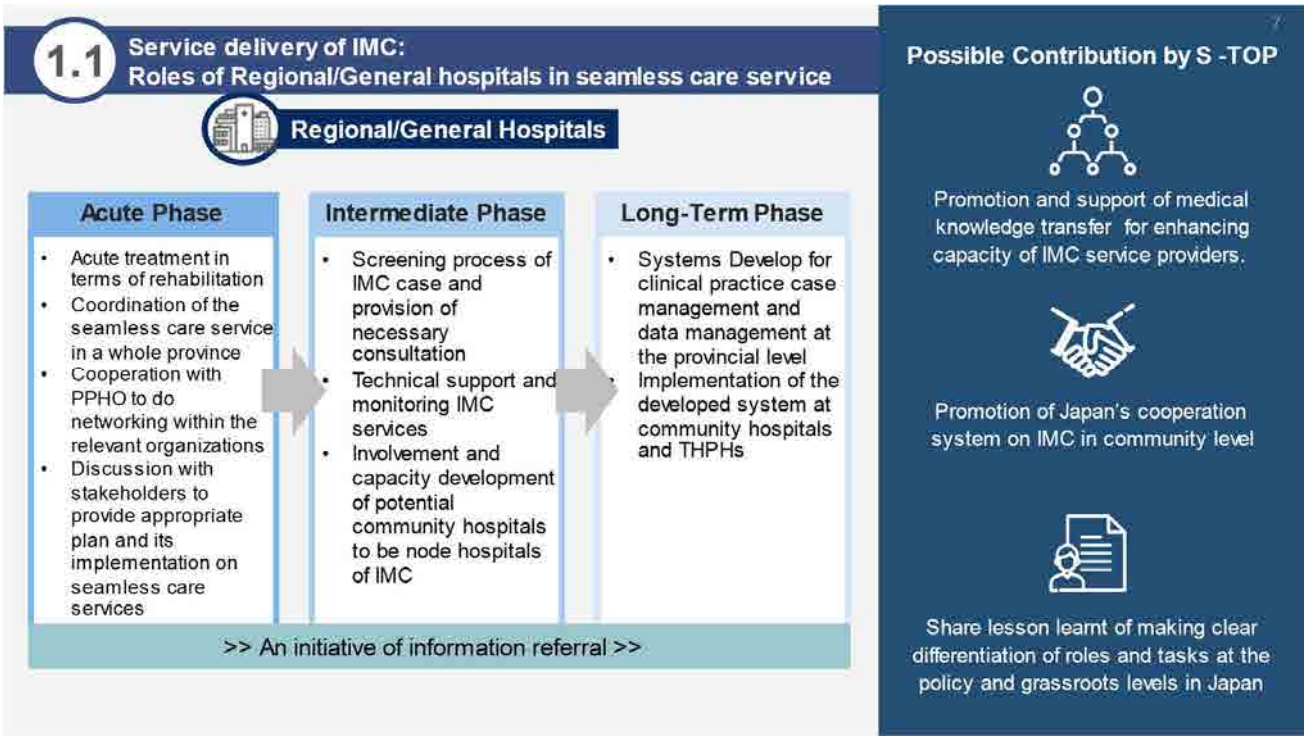
* The International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)

6

Contents

1. Service delivery of IMC
2. Human Resource in IMC
3. Finance in IMC
4. LTC Services
5. Cooperation among relevant organizations
6. Involvement of patients/service users and family members in seamless care at S-TOP
7. S-TOP Project Operation


8
1
Service
Delivery
of IMC
Photos from Nakhon Ratchasima pilot site presentation presented on the 5 JCC meeting


1.1
Service delivery of IMC:
Roles of Regional/General hospitals in seamless care service
Regional/General Hospitals
Acute Phase
Acute treatment in terms of rehabilitation
Coordination of the seamless care service in a whole province
Cooperation with PPHO to do networking within the relevant organizations
Discussion with stakeholders to provide appropriate plan and its implementation on seamless care services
Intermediate Phase
Screening process of IMC case and provision of necessary consultation
Technical support and monitoring IMC services
Involvement and capacity development of potential community hospitals to be node hospitals of IMC
Long-Term Phase
Systems Develop for clinical practice case management and data management at the provincial level
Implementation of the developed system at community hospitals and THPHs
>> An initiative of information referral >>
Possible Contribution by S -TOP
Promotion and support of medical knowledge transfer for enhancing capacity of IMC service providers.
Promotion of Japan's cooperation system on IMC in community level
Share lesson learnt of making clear differentiation of roles and tasks at the policy and grassroots levels in Japan

1.2 Service delivery of IMC: Quantity of IMC Services (Supply and Demand)

Some community hospitals are not in the position to provide IMC services

- Limited Equipment
- Insufficient Technical Capacity
- Inadequate Health Care Workforce

Note: Different number of patients who are qualified to receive IMC service and the number of patients who completely receive IMC services

Response to Concerning Issues/Challenges

- Increasing medical human resources and providing sufficient financial sources
- Further involvement of the hospitals under the different ministries
- Develop reimbursement system for involvement of other types of hospitals

Possible Contribution by S -TOP

- Supports on activities to raise public awareness
- Introduce Japan's trials and errors on seamless care services in service delivery, human resource and financing

1.3 Service delivery of IMC: Quality of IMC services: 1.3.1 Early intervention of rehabilitation

Effective Early Intervention of Rehabilitation

- Screening of IMC Target Groups
- Consultation by PM&R Dr.
- Making Problem Lists
- Goal Setting and Planning
- Implementing Acute Rehabilitation Program

Quantity of Human Resource

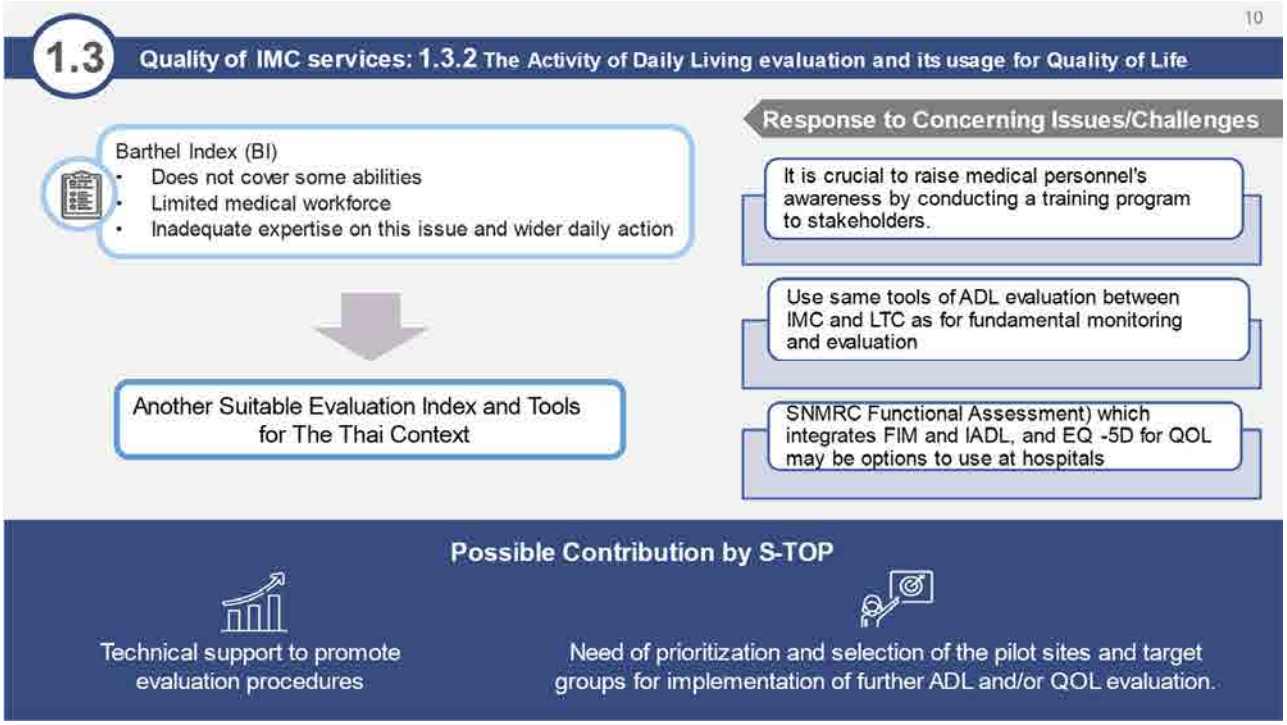
Human Resource Management in Each Hospital

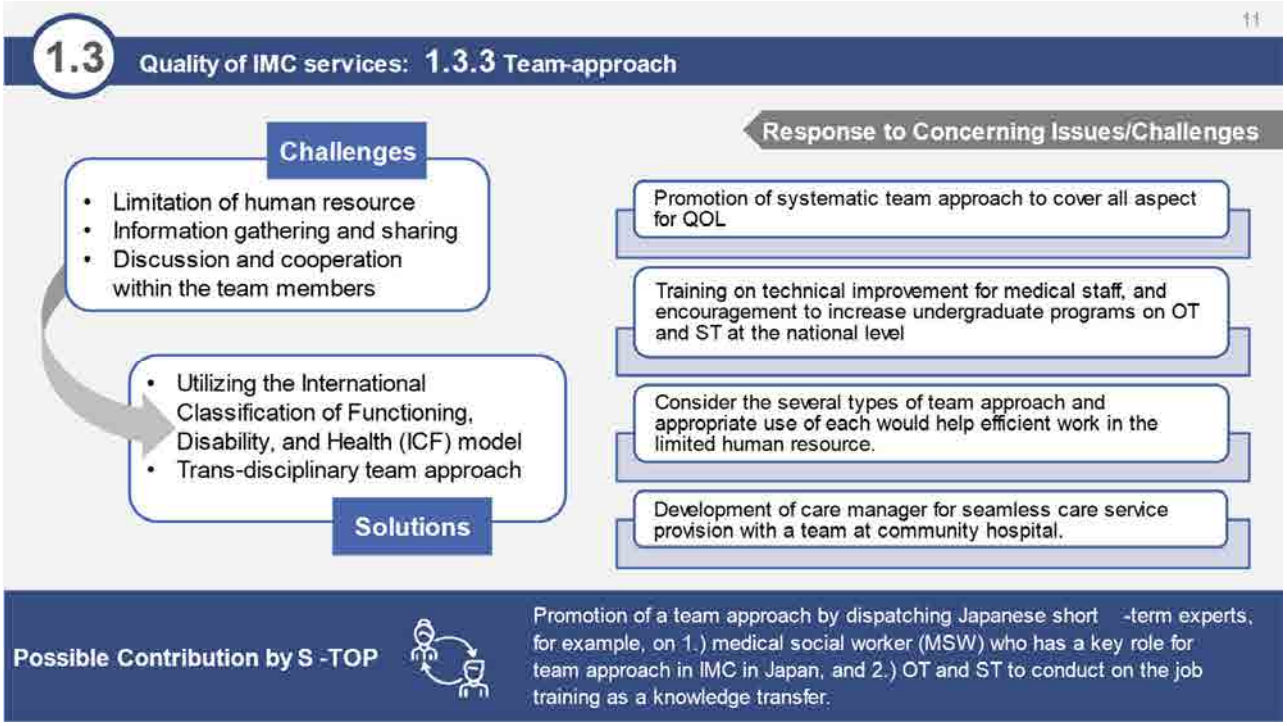
Response to Concerning Issues/Challenges

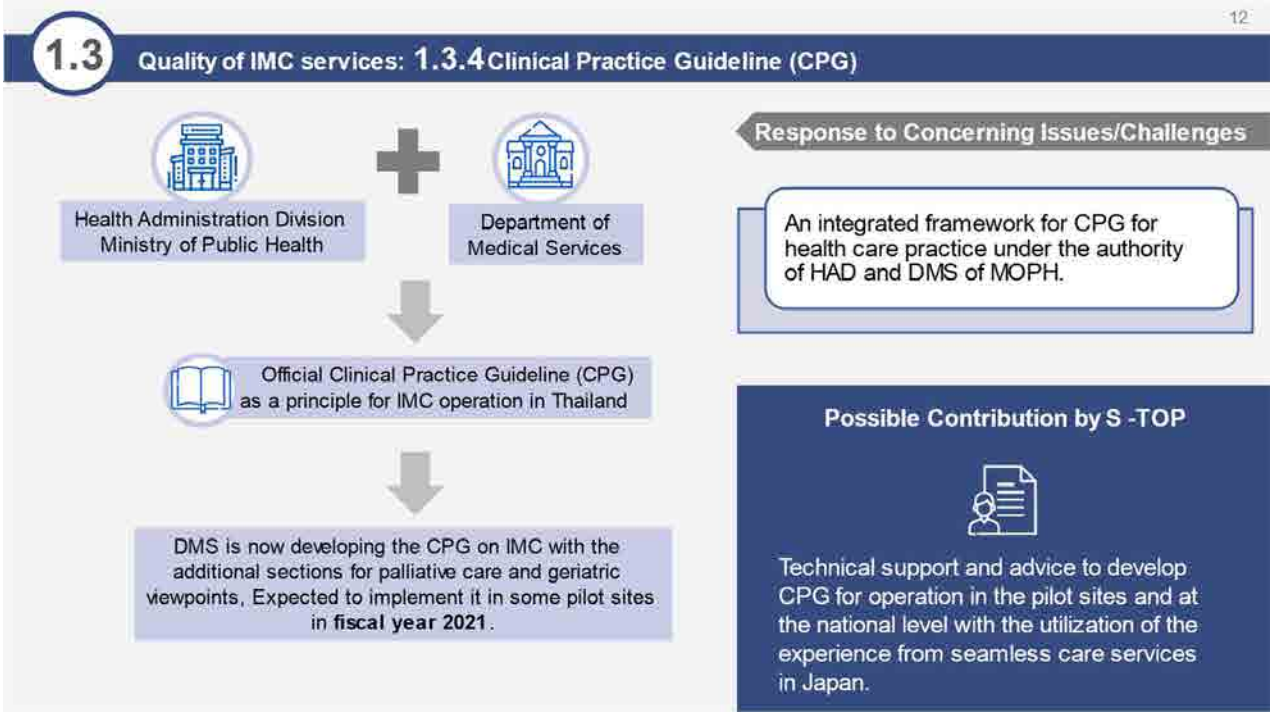
- Cooperation with Neurology, Neurosurgery and Orthopedics department for finding target groups for IMC screening.
- Consultation with PM&R Dr. and PT to develop rehabilitation standing order as well as to design an appropriate and effective rehabilitation program

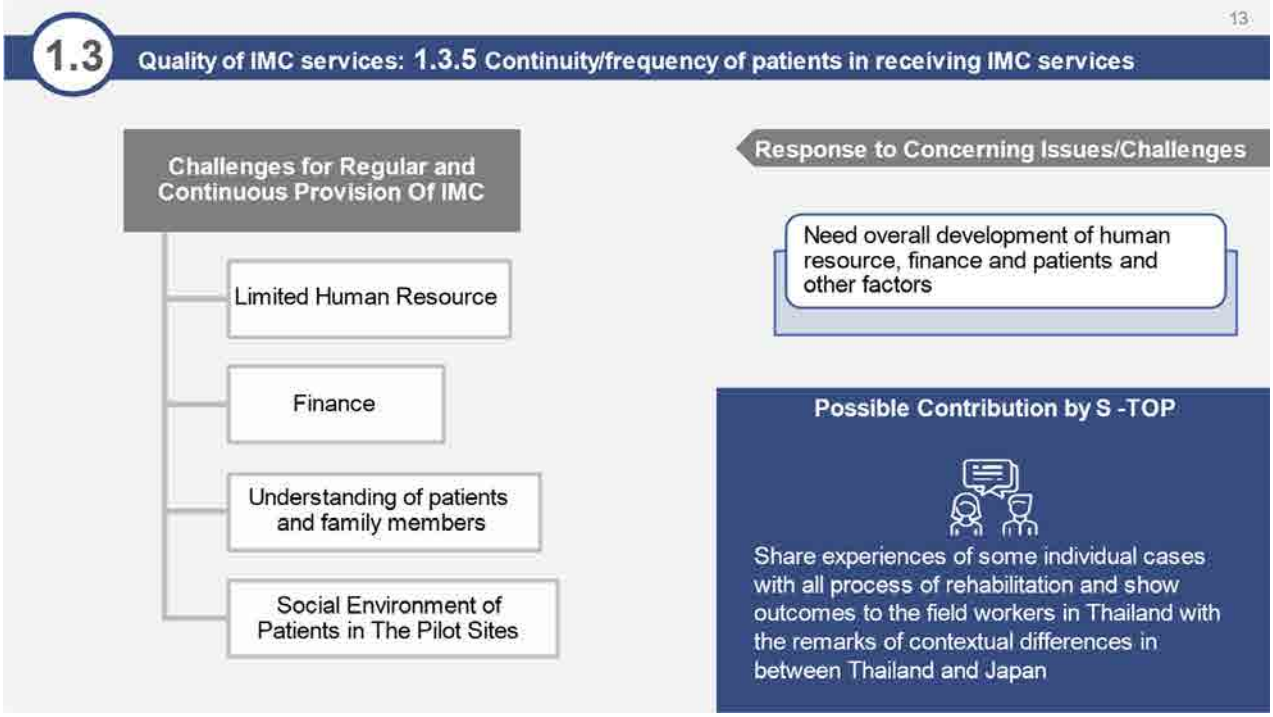
Possible Contribution by S -TOP

Technical advice and support to stakeholders of the S-TOP project to identify the clarification of early intervention of rehabilitation and to develop guidelines.


10
1.3
Quality of IMC services: 1.3.2 The Activity of Daily Living evaluation and its usage for Quality of Life
Barthel Index (BI)
Does not cover some abilities
Limited medical workforce
Inadequate expertise on this issue and wider daily action
Another Suitable Evaluation Index and Tools for The Thai Context
Response to Concerning Issues/Challenges
It is crucial to raise medical personnel's awareness by conducting a training program to stakeholders.
Use same tools of ADL evaluation between IMC and LTC as for fundamental monitoring and evaluation
SNMRC Functional Assessment) which integrates FIM and IADL, and EQ -5D for QOL may be options to use at hospitals
Possible Contribution by S-TOP
Technical support to promote evaluation procedures
Need of prioritization and selection of the pilot sites and target groups for implementation of further ADL and/or QOL evaluation.


11
1.3
Quality of IMC services: 1.3.3 Team-approach
Challenges
Limitation of human resource
Information gathering and sharing
Discussion and cooperation within the team members
Utilizing the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) model
Trans-disciplinary team approach
Solutions
Response to Concerning Issues/Challenges
Promotion of systematic team approach to cover all aspect for QOL
Training on technical improvement for medical staff, and encouragement to increase undergraduate programs on OT and ST at the national level
Consider the several types of team approach and appropriate use of each would help efficient work in the limited human resource.
Development of care manager for seamless care service provision with a team at community hospital.
Possible Contribution by S -TOP
Promotion of a team approach by dispatching Japanese short -term experts, for example, on 1.) medical social worker (MSW) who has a key role for team approach in IMC in Japan, and 2.) OT and ST to conduct on the job training as a knowledge transfer.


12
1.3
Quality of IMC services: 1.3.4 Clinical Practice Guideline (CPG)
Health Administration Division
Ministry of Public Health
Department of
Medical Services
Official Clinical Practice Guideline (CPG)
as a principle for IMC operation in Thailand
DMS is now developing the CPG on IMC with the additional sections for palliative care and geriatric viewpoints, Expected to implement it in some pilot sites in fiscal year 2021.
Response to Concerning Issues/Challenges
An integrated framework for CPG for health care practice under the authority of HAD and DMS of MOPH.
Possible Contribution by S -TOP
Technical support and advice to develop CPG for operation in the pilot sites and at the national level with the utilization of the experience from seamless care services in Japan.


13
1.3
Quality of IMC services: 1.3.5 Continuity/frequency of patients in receiving IMC services
Challenges for Regular and Continuous Provision Of IMC
Limited Human Resource
Finance
Understanding of patients and family members
Social Environment of Patients in The Pilot Sites
Response to Concerning Issues/Challenges
Need overall development of human resource, finance and patients and other factors
Possible Contribution by S -TOP
Share experiences of some individual cases with all process of rehabilitation and show outcomes to the field workers in Thailand with the remarks of contextual differences in between Thailand and Japan

Response to concerning issues/challenges cross-sectional in 1.) Service delivery of IMC

Further awareness and understanding of the medical doctors at hospitals are essential.

Consider strategy development at both provincial level and field of service provision, to realize five sub -topics for quality of IMC service.

14

Possible Contribution by S -TOP

Provision of opportunities for information and experiences exchanging among the pilot sites

Promotion to share know -how of good examples of the pilot sites to nationwide Thailand.

An establishment of regional medical rehabilitation institutes in a long term view

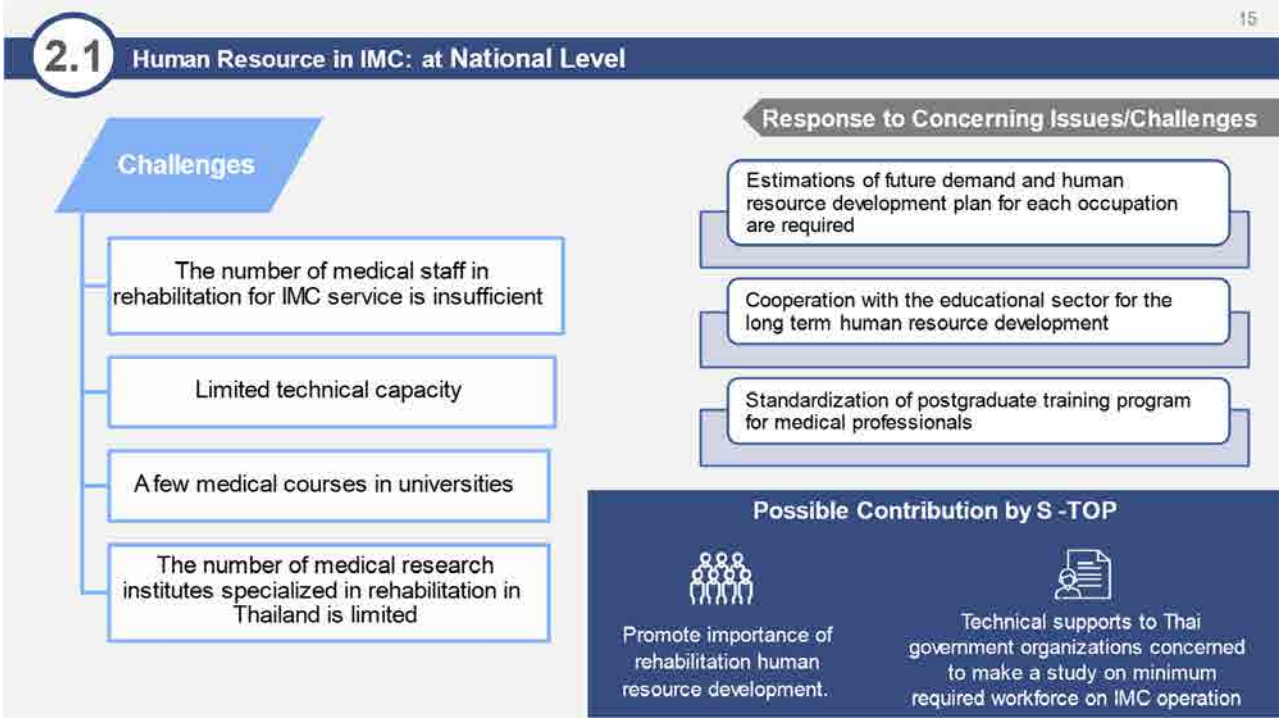
Further involvement of patients' doctors to any types of the S-TOP project activities.

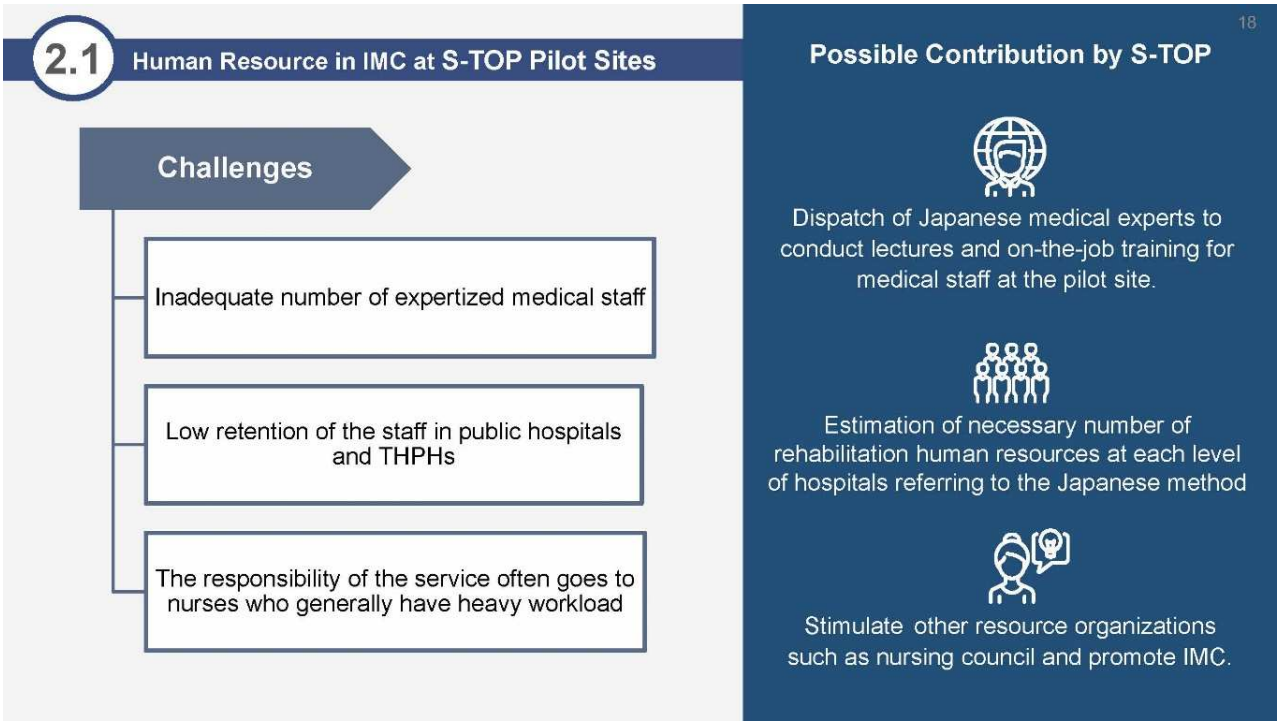
16

2. Human Resource in IMC



Photos from Suratthani Hospital presented on the 2nd JCC meeting


15
2.1 Human Resource in IMC: at National Level
Challenges
The number of medical staff in rehabilitation for IMC service is insufficient
Limited technical capacity
A few medical courses in universities
The number of medical research institutes specialized in rehabilitation in Thailand is limited
Response to Concerning Issues/Challenges
Estimations of future demand and human resource development plan for each occupation are required
Cooperation with the educational sector for the long term human resource development
Standardization of postgraduate training program for medical professionals
Possible Contribution by S -TOP
Promote importance of rehabilitation human resource development.
Technical supports to Thai government organizations concerned to make a study on minimum required workforce on IMC operation


2.1 Human Resource in IMC at S-TOP Pilot Sites
Challenges
Inadequate number of expertized medical staff
Low retention of the staff in public hospitals and THPHs
The responsibility of the service often goes to nurses who generally have heavy workload
18
Possible Contribution by S-TOP
Dispatch of Japanese medical experts to conduct lectures and on-the-job training for medical staff at the pilot site.
Estimation of necessary number of rehabilitation human resources at each level of hospitals referring to the Japanese method
Stimulate other resource organizations such as nursing council and promote IMC.

17

2.1 Human Resource in IMC: at S-TOP Pilot Sites

Response to Concerning Issues/Challenges

- Further provision of on -the-job training program for relevant medical officers
- Develop professional resource that can substitute for OT and ST partially
- Utilization of Thai traditional medicine under the consultation of professional physicians
- It is considered important to increase retention of medical staff and any other resource personnel
- Further capacity development and awareness raising on IMC of health volunteers and caregivers

20



3. Finance in IMC

Photos from Nonthaburi pilot site presentation presented on the 3rd JCC meeting

18

3.1 Finance in IMC: at National Level

Challenge: there is no specific budget allocation on IPD IMC services in the national health security program

Response to Concerning Issues/Challenges

- More discussion among the stakeholders for an appropriate financial allocation and reimbursement system
- Include IMC in the DRG and set it more in line with the actual service implementation
- Select target group according to cost -effectiveness
- Expand On-top payment to 12 health regions
- The cost of LTC in the future will be reduced due to the progress of IMC services.

Possible Contribution by S -TOP

Continuous introduction and explanation of Japanese medical health insurance system, LTC insurance system, and Japanese experience

Consideration of any applicable Japanese policy and framework regarding medical services according to the context and capacity of the Thai medical system

19

3.2 Finance in IMC: at S-TOP pilot site

Hospitals + PPHO

- Coordination with the other departments to unravel finance
- Promoting donation in the communities
- Receiving patients who pay additional cost by themselves to run IMC

Response to Concerning Issues/Challenges

- Fundraising through charity, foundation, and community fund to generate financial source for the IMC operation at the hospital.
- Active and continuous efforts and promotion on IMC finance to PPHO and regional security office together with the cooperative works with them.

On-top payment does not cover full cost, thus some community hospitals do not choose to implement IPD-IMC.

The Thai government now consider more appropriate budget for IMC and will start new budget package for OPD and home visit IMC in FY 2021

Possible Contribution by S -TOP

Discussion with the NHSO regarding the implementation of cost analysis at the national level and practice at the pilot site.

Provide collected data through monitoring and evaluation on the activities of pilot sites to NHSO regularly

4. Long-Term Care (LTC) Services



Photos from Phuket pilot site presentation presented on the 3rd JCC meeting

20

4.1 LTC: Service Delivery

Issues

- Volunteer workers should play more active role in LTC.
- LTC embraces multiple aspects not only health but also social aspects, human life and dignity.
- Cooperation and collaboration over the boundaries of relevant organizations and sectors are needed.

Response to Concerning Issues/Challenges

- Make standard and pattern of LTC services
- Clarify roles of each relevant organization

Possible Contribution by S -TOP

Consultation and sharing lesson learnt from the day-care service operation in Japan.

LTC: Human Resource Development 4.2

Challenges

- Shortage of human resources
- More need of volunteer workers who are trained in elderly care and rehabilitation

Response to Concerning Issues/Challenges

- Elderly volunteers and experts on elderly persons under the MSDHS are considered as caregivers.
- Continuous development and expansion of caregiver and/or health volunteers
- Consider the need for rewards for incentives and sustainability of volunteer workers.

Possible Contribution by S -TOP

Assistance to estimate the required human resource, especially caregivers for potential LTC service provision in the long-run.

4.3 LTC: Finance

Response to Concerning Issues/Challenges

- The utilization of the national budget for the elderly at the community level from the MOI and MSDHS may be considered to increase LTC budget
- Show the government how LTC can be leveraged to reduce the burden of acute medical services

Possible Contribution by S -TOP

Support for the facilitation of cooperation among the MSDHS, and the Department of Local Administration (DLA) of MOI to enhance the operation for LTC services both at the pilot sites and national level.

4.4 LTC: Cooperation with Municipality and partnership with local community

Response to Concerning Issues/Challenges

- More commitments of local authority to develop seamless care service provision mechanisms
- Empower municipality for its involvement and cooperation for especially LTC
- Approach to DHB, and also to PPHO in order to function the approach to DHB

Possible Contribution by S -TOP

- Data collection on LTC good practice and lesson learnt at the pilot sites
- Promote advanced activities in some areas and disseminate them nationwide
- Involve municipalities to any training program including Japan training
- Involve governors by visiting them and inviting them to any seminars and training programs
- Promote the commitment of local authorities and communities

26



5.1 Cooperation among relevant organizations: Information Referral System from Acute Treatment to IMC, and IMC to LTC

Challenge: Thai COC/ Thai Refer are not easily applicable tool in some pilot sites due to complicated system and requirement of certain skills to use

Response to Concerning Issues/Challenges

- There should be a staff who takes a role as an IMC case manager at each hospital
- Modify the existing Thai COC to be generally used at the community hospitals, THPHs, and day -care centers
- Develop a feedback system to deliver the voices of users of national tools such as Thai COC to the developers.
- Use unified tools, for example for outcome evaluation, between IMC and LTC.
- Capacity development of various users of referral information system for seamless care service provision.

22

Possible Contribution by S -TOP

Advice on minimum required information for referral and regular meeting

Provide lesson learnt at grass roots level and opportunities of discussion in between the Thai side and Japanese practitioners.

Suggestions to the government organizations concerned on the expansion of access to referral information systems to LTC providers.

5.2 Cooperation among relevant organizations: Technical cooperation in between hospitals and other LTC service providers

Challenge: the new pilot sites from the STOP project seem to struggle with developing cooperation and partnership within the stakeholders in the aspects of technical support and cooperation as well as referral information.

Opportunity: the effectiveness and efficiency of tele-medicine which can be partially utilized for super vision and technical support of regional hospitals and general hospitals to community hospitals and THPHs.

Response to Concerning Issues/Challenges

- Regional hospitals and general hospitals can provide technical support and super vision on IMC at community hospitals and THPHs.
- Community hospitals could take a responsibility to provide assistance and support for capacity development and knowledge transfer for THPHs and day care
- An establishment of regional medical rehabilitation institutes which can also have roles and functions of technical knowledge management

5.3 Cooperation among relevant organizations: Feedback from LTC to Acute Treatment and IMC

It would be important for the **regional hospitals and general hospitals to collect data on LTC after the discharge of patients from medical treatment** to ensure the consequence and the effect of the provided medical services and rehabilitation throughout the acute phase, IMC and LTC. This enables to conduct timely feedback from community to provincial level to fix practical challenges on the fields. However, **the responsibility of the regional hospitals and general hospitals in the pilot sites on this issue should be carefully discussed with medical professionals and stakeholders based on feasibility, available resources and its management.**



6

Involvement of Patients and Family Members in IMC at S-TOP

Photos from Phuket pilot site presentation presented on the 3rd JCC meeting

24

6.1 Involvement of patients/service users and family members: Involvement in Decision Making

Challenge: It is important for the patients and family members to participate decision making to set appropriate goals, maintain motivation and have sense of ownership in rehabilitation for daily lives at home.

Response to Concerning Issues/Challenges

- Consider the two levels on decision making as, 1) family level for individual goal setting and customizing services and 2) community level for model service and service menus
- Analyze the challenges in detail of practice of involvement of patients and family members for decision making and understanding of patients and family members during the meetings and consultations.
- Monitor how the participation of patients and families influence the achievement of rehabilitation goals

Possible Contribution by S-TOP

Development of a timetable for patients/service users to understand a flow from initial stage to mid -term and down to long -term of rehabilitation

25

6.2 Involvement of patients/service users and family members: Capacity Development/Training

Challenges

- Shortage of medical and/or specialized personnel on IMC and LTC
- The gaps of understanding of IMC and LTC between every patients/service users and family members
- Sometimes, the family members who participated in the training or workshop are not the persons who actually provide care for patients/service users at home

Response to Concerning Issues/Challenges

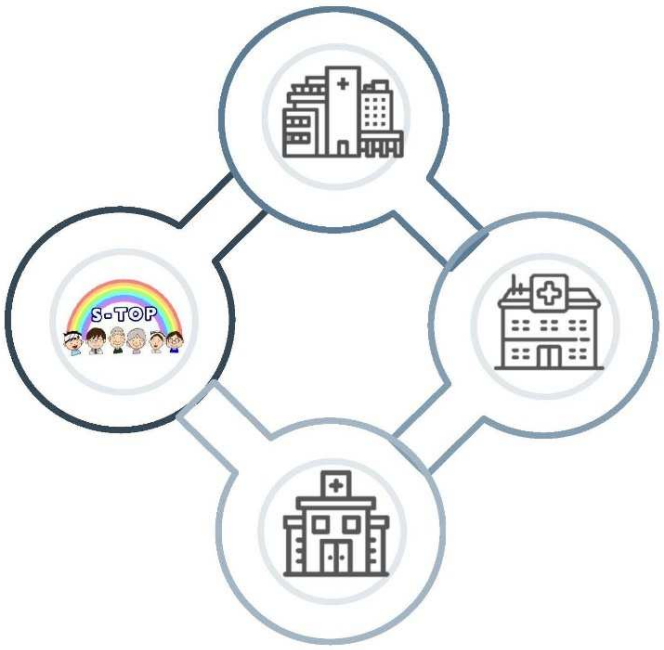
- Conduct the activities continually
- Raise awareness of patients/service users and family members on the IMC and rehabilitation
- Develop teaching materials and opportunities for patients and families to self-learn
- Create channels for consultation in the cases of difficulty of understanding and using materials
- Classify families and develop a support system

Possible Contribution by S-TOP

- Support for developing educational materials of patients/service users and families in collaboration with SNMRI or other relevant organizations

33

7. S-TOP Project Operation



7.1 S-TOP Project Operation: Implementation Structure/WT Meetings

Response to Concerning Issues/Challenges

- The modification of the membership structure of the working team
- Consider any other communication way in between the Thai side and the Japanese side

Possible Contribution by S -TOP

- Discussion on an operational guideline of the S -TOP project for the pilot site activities
- Facilitate key persons and advisors for the project operation
- Initiative to establish the sub -committees in specific issues involved with the operation of seamless care services
- Involve more Japanese short -term experts and/or resource persons

7.2 S-TOP Project Operation Operational Roles of All Counterparts

Challenge: It is important for the S -TOP project to coordinate and organize more meetings and discussion with the officials of the relevant government organizations regarding responsibility and involvement of each organization in the project operation.

Possible Contribution by S -TOP

- Discussion with the MSDHS to utilize the existing QOL centers nationwide as day -care centers to provide post -IMC and LTC services comprehensively
- Discussion with NHSO for financial administration by using try and errors in the pilot sites
- Involvement of MOI to make a momentum for IMC and LTC, and facilitate it in the field

7.3 S-TOP Project Operation: General Monitoring & Evaluation System of Sites Activities

- Information in the form filled up by the counterparts at each pilot site reflects difference in the project intervention
- The systematic data collection of the information from each site has not been developed well
- it is difficult for the STOP project to monitor and evaluate the effectiveness of some activities

Possible Contribution by S- TOP

- Review/revision of data collection methods and may include use of ICT.
- Development of a project summary to visualize a good practice in the pilot site
- Discussion with the HAD, MOPH to enhance the effectiveness of data collection and, monitoring and evaluation.
- Discussion and exchange of ideas with the regional offices of NHSO a the district office of MSDHS and PPHO of MOPH.

7.4 S-TOP Project Operation: National Seminar/In-Country Training and any technical cooperation

The national seminars were significantly influencing to promote seamless care services in nationwide Thailand through presenting model service development from each pilot site.

This was also a great chance for the pilot sites to learn in between each pilot site. Thus, the STOP project would like to support to have national seminar and/or any technical seminar in Thailand

However, due to the influence of COVID 19, the S-TOP project may need to consider the new types of operation instead of face to face and hands on seminars.

Possible Contribution by S -TOP

- Support and technical cooperation on national seminar and/or any types of technical seminar in Thailand.
- Consider new forms of seminars, for example using online system, in case of any limitation attributed from COVID 19


36
Thank You




S-TOP

โครงการ S-TOP

รายงานฉบับสมบูรณ์

การทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง

โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ

ตุลาคม 2563



กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานไจก้าประเทศไทย

สารบัญ

คำย่อและอักษรย่อ

บทสรุปผู้บริหาร

สารบัญ

1. บทนำ 3
   1.1 ความเป็นมา 3
   1.2 วัตถุประสงค์ 3
2. วิธีดำเนินการ 4
3. ข้อค้นพบ 6
   3.1 รายงานการทบทวนเอกสาร 6
      3.1.1 การทบทวนเอกสาร (นโยบายระดับชาติ) 6
      3.1.2 สาระสำคัญโดยสรุป 18
   3.2 การอภิปรายผล 30
   3.3 บทสรุปแนวทางปฏิบัติที่ดีในพื้นที่นำร่อง 48
4. บทสรุปและข้อเสนอแนะ 58

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 ขอบเขตของงาน 59
ภาคผนวก 2 แบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์ 66
   2.1 คำถามสัมภาษณ์สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 68
   2.2 คำถามสัมภาษณ์สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป 71
   2.3 คำถามสัมภาษณ์สำหรับโรงพยาบาลชุมชน 74
   2.4 คำถามสัมภาษณ์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 78
   2.5 คำถามสัมภาษณ์สำหรับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน 81
   2.6 คำถามสัมภาษณ์สำหรับผู้แทนภาครัฐและหัวหน้าที่ปรึกษาโครงการ 84
ภาคผนวก 3 การทบทวนเอกสาร (พื้นที่นำร่อง) 87
   ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้ที่ได้รับหรือเคยรับบริการการดูแลระยะกลางในแต่ละพื้นที่นำร่อง 89
   ตารางที่ 3.2.1 จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่องและจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง ซึ่งจัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562 100
   ตารางที่ 3.2.2 แนวทางข้อเสนอด้านกำลังคนสำหรับการดูแลระยะกลาง ในคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562 105
   ตารางที่ 3.3 การสำรวจคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือสมาชิกในครอบครัว 106
   ตารางที่ 3.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในแต่ละพื้นที่โครงการ 107
   ตารางที่ 3.5 การแบ่งบทบาทใหม่ของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง 122
   ตารางที่ 3.6 แนวปฏิบัติในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 123
   ตารางที่ 3.7 แนวปฏิบัติในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว 129
   ตารางที่ 3.8 แนวปฏิบัติในการทำงานแบบทีม 141

ภาคผนวก 4 เอกสารแนบการอภิปรายผล 143
4.1 รายชื่อคณะกรรมการบริหารโครงการ 144
4.2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย 145
4.3 บทสรุปข้อเสนอแนะและคำร้องขอต่อโครงการ S-TOP และรัฐบาลไทยจากผู้ให้สัมภาษณ์ 147
4.4 ข้อมูลสถานบริการดูแลระยะยาว ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 150
ภาคผนวก 5 การประเมินโดยใช้หลักเกณฑ์การประเมิน 5 ด้าน ของ OECD DAC 159
ภาคผนวก 6 ข้อมูลการนำเสนอ 164

สารบัญภาพ หน้าที่

ภาพที่ 3.1.1 ยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับวาระแห่งชาติเรื่องสังคมผู้สูงอายุ 7
ภาพที่ 3.1.2 แนวทาง/ กรอบการพัฒนาบริการการดูแลระยะกลาง 10
ภาพที่ 3.1.3 แนวคิดของการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางที่เชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆ 11

สารบัญตาราง หน้าที่

ตารางที่ 2.1 รายการเอกสารที่ทบทวน 4
ตารางที่ 2.2 กำหนดการสัมภาษณ์ 5
ตารางที่ 2.3 กำหนดการประชุมขับเคลื่อนโครงการ 5
ตารางที่ 3.1 หัวข้อการฝึกอบรมในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น 46
ตารางที่ 3.2 แนวทางปฏิบัติที่ดีในแต่ละพื้นที่นำร่อง 48



คำย่อและอักษรย่อ

คำย่อภาษาอังกฤษ	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
2nd JCC	2nd Joint Coordinating Committee meeting held on 29th Mar 2019	การประชุมคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการบริการที่ไร้รอยต่อระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุครั้งที่ 2 วันที่ 29 มีนาคม 2562
2Q/9Q	2Q depression screening questionnaire/9Q depression evaluation questionnaire	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม/ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม
4Q1, (or Q1)	1st quarterly report, Form 4 (Reporting period: May 2019-July 2019)	รายงานประจำไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 (ระยะเวลาการรายงาน: พฤษภาคม 2562 – กรกฎาคม 2562)
4Q2, (or Q2)	2nd quarterly report, Form 4 (Reporting period: Aug 2019-Oct 2019)	รายงานประจำไตรมาสที่ 2 แบบฟอร์ม 4 (ระยะเวลาการรายงาน: สิงหาคม 2562 – ตุลาคม 2562)
adjRW	Adjusted Relative Weight	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
ADL	Activities of Daily Living	การดำเนินกิจวัตรประจำวัน
AIDS	Acquired Immunodeficiency Deficiency Syndrome	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
AKA	Also known as	หรือที่รู้จักกันในชื่อ
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations	สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
BI	Barthel Index	ดัชนีบาร์เธล
BMA	Bangkok Metropolitan Administration	กรุงเทพมหานคร
BOR	Bed Occupancy Rate	อัตราการครองเตียง
C/P	Counterpart	ผู้ประสานงานหลักของโครงการ
CG	Caregiver	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
CM	Care Manager	ผู้จัดการการดูแล
COC	Continuity of Care	การดูแลต่อเนื่อง
CP	Care Plan	แผนการดูแล
CPG	Clinical Practice Guideline	แนวทางเวชปฏิบัติ
CTOP	The Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons (2007-2011, JICA)	โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (2550-2554, ไจก้า)
CUP	Contracted Unit of Primary Care	หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ
CVA	Cerebrovascular Accident (or Stroke)	โรคหลอดเลือดสมอง
D/C	Discharge	จำหน่ายผู้ป่วย
DHB	District Health Board	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
DHCC	District Health Coordinating Committee	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
DLA	Department of Local Administration	กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
DMS	Department of Medical Services	กรมการแพทย์
DOH	Department of Health	กรมอนามัย

คำย่อภาษาอังกฤษ	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
DOP	Department of Older Persons	กรมกิจการผู้สูงอายุ
DPS	Deputy Permanent Secretary	รองปลัดกระทรวง
DRG	Diagnosis-related group	กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
DSG	Deputy Secretary General	รองเลขาธิการ
EOJ	Embassy of Japan	สถานเอกอัครราชทูตญี่ปุ่นประจำประเทศไทย
EQ-5D	EuroQol- 5 Dimension	แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQol 5 มิติ
FIM	Functional Independence Measure	แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
FTE	Full-time Equivalent	เทียบเป็นการทำงานเต็มเวลา
FY	Fiscal Year	ปีงบประมาณ
GGP	Grant Assistance for Grassroots Human Security Projects	ความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจแบบให้เปล่าเพื่อพื้นฐานและความมั่นคงของมนุษย์
HAD	Health Administration Division	กองบริหารการสาธารณสุข
HHC	Home Health Care	การดูแลสุขภาพที่บ้าน
HIV	Human Immunodeficiency Virus	เชื้อไวรัสเอชไอวี
HRD	Human Resource Development	การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
HRM	Human Resource Management	การบริหารทรัพยากรบุคคล
HTS	Homes, Temples, Schools	บ้าน วัด โรงเรียน
IADL	Instrumental Activities of Daily Living	ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันโดยมีการใช้อุปกรณ์
ICF	The International Classification of Functioning, Disability and Health	บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ
IDT	Inter-Disciplinary Team	ทีมสหวิทยาการ
IL Room	Independent Living Room	ห้องดำรงชีวิตอิสระ
IMC	Intermediate Care	การดูแลระยะกลาง
IPD	In-Patient Department	แผนกผู้ป่วยใน
JCC	Joint Coordinating Committee	คณะกรรมการบริหารโครงการ
JICA	Japan International Cooperation Agency	องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (ไจก้า)
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	อาสาสมัครองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (ไจก้า)
KM	Knowledge Management	การจัดการความรู้
KPI	Key Performance Indicator	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ
LTC	Long Term Care	การดูแลระยะยาว
LTOP	The Project of Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People (2013-2017, JICA)	โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง รวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (2556 - 2560, ไจก้า)

คำย่อภาษาอังกฤษ	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
M&E	Monitoring and Evaluation	การติดตามและการประเมิน
MDT	Multidisciplinary Team	ทีมสหสาขาวิชาชีพ
MMR	Mumps, Measles, Rubella	คางทูม หัด หัดเยอรมัน
MOE	Ministry of Education	กระทรวงศึกษาธิการ
MOI	Ministry of Interior	กระทรวงมหาดไทย
MOL	Ministry of Labor	กระทรวงแรงงาน
MOPH	Ministry of Public Health	กระทรวงสาธารณสุข
MOST	Ministry of Science and Technology	กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
MSDHS	Ministry of Social Development and Human Security	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
MSW	Medical Social Worker	นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
MTR	Mid-Term Review	การทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ
N/A	Not Available	ไม่มี
NG Tube	Nasogastric Tube	ท่อสายยางทางจมูก
NHSO	National Health Security Office	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
O&M	Orientation and Mobility	ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว
OPD	Out-Patient Department	แผนกผู้ป่วยนอก
OT	Occupational Therapist	นักกิจกรรมบำบัด
PCC	Primary Care Cluster	คลินิกหมอครอบครัว
PCU	Primary Care Unit	หน่วยบริการปฐมภูมิ
PHO	Provincial Health Office	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
PM&R	Physical Medicine and Rehabilitation Doctor	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
PO	Prosthetist/ Prosthesis and Orthosis Technician	ช่างกายอุปกรณ์
PT	Physical Therapist	นักกายภาพบำบัด
QOL	Quality of Life	คุณภาพชีวิต
Regional Hospital	Regional Hospital	โรงพยาบาลศูนย์
Rehab	Rehabilitation	การฟื้นฟูสมรรถภาพ
SCI	Spinal Cord Injury	การบาดเจ็บทางไขสันหลัง
SDGs	The United Nations Sustainable Development Goals	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ
SDHSV	Social Development and Human Security Volunteer	อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
SF-36	36-Item Short Form Health Survey	แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป SF-36
SNAP	Sub-acute and Non-acute patient	กลุ่มผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน
SNMRI	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

คำย่อภาษาอังกฤษ	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
ST	Speech Therapist	นักแก้ไขการพูด
SW	Social Worker	นักสังคมสงเคราะห์
TBI	Traumatic Brain Injury	การบาดเจ็บทางศีรษะและสมอง
TDT	Trans Disciplinary Team	ทีมบูรณาการข้ามสาขาวิชา
THB	Thai Baht	เงินบาทไทย
THPH	Tambon Health Promotion Hospital	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
TMSE	Thai Mental State Examination	แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย
UCS	Universal Health Coverage Scheme	สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
UHC	Universal Health Coverage	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
UTI	Urinary Tract Infection	การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ
WHO	World Health Organization	องค์การอนามัยโลก
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life	เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
WT	Working Team	คณะทำงาน

คำย่อภาษาไทย	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
กบรส.	Health Administration Division	กองบริหารการสาธารณสุข
คป.สอ.	District Health Coordinating Committee	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
พชอ.	District Health Board	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
พม.	Ministry of Social Development and Human Security	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
มท.	Ministry of Interior	กระทรวงมหาดไทย
รง.	Ministry of Labor	กระทรวงแรงงาน
รพ.	Hospital	โรงพยาบาล
รพ.สต.	Tambon Health Promotion Hospital	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รพท.	General Hospital	โรงพยาบาลทั่วไป
รพศ.	Regional Hospital	โรงพยาบาลศูนย์
วท.	Ministry of Science and Technology	กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
ศธ.	Ministry of Education	กระทรวงศึกษาธิการ
สธ.	Ministry of Public Health	กระทรวงสาธารณสุข
สปสช.	National Health Security Office	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สสจ.	Provincial Health Office	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



บทสรุปผู้บริหาร



จากการคาดการณ์พบว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนประชากรสูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ในปี 2564 รัฐบาลไทยจึงได้ร่วมมือกับองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่นหรือไจก้า (JICA) จัดทำ “โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะ กึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (โครงการ S-TOP)” เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ให้บริการอย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงระยะเรื้อรัง ผ่านการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ทั้งนี้ โครงการได้ออกแบบให้มีการศึกษาทบทวนการดำเนินโครงการในระยะกลาง เพื่อรวบรวมข้อมูลที่จำเป็น ผ่านการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่งทั่วประเทศ รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินความคืบหน้าของโครงการ S-TOP และรวบรวมผลสถานะการดำเนินงานในปัจจุบัน (2) รวบรวมเสียงสะท้อนจากท้องถิ่นและภาคีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อเสนอแนะและความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) หารือเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะการดำเนินงานปัจจุบันของการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทย และ (4) รับทราบทิศทางสำหรับการดำเนินงานโครงการ S-TOP ในช่วงครึ่งหลัง

ผลของการทบทวนระยะกลางประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ผลการทบทวนเอกสาร (2) การจัดทำเอกสารการอภิปรายผล และ 3) บทสรุปแนวปฏิบัติที่ดีจากพื้นที่นำร่อง ทั้งนี้ ทีมทบทวนโครงการระยะกลางได้จัดทำสรุปประเด็นสาระสำคัญของแต่ละพื้นที่นำร่อง ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐในระดับชาติ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อค้นพบที่ได้จากการตรวจสอบเอกสารและการสัมภาษณ์

ผลจากการตรวจสอบเอกสารและการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่า การดำเนินโครงการมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยจากสังคมกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้พบว่า กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้ร่วมเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนโครงการด้วย รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ภายใต้กระทรวงฯ ก็นับเป็นทรัพยากรสำคัญที่สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ขณะเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนทางการเงินสำหรับการดำเนินงานด้านการดูแลระยะกลาง ผ่านระบบสนับสนุนทางการเงิน คือ ระบบการจ่ายเงินเพิ่ม (On-Top payment) จึงอาจกล่าวได้ว่า ความเป็นหุ้นส่วนที่เข้มแข็งและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชนที่เกี่ยวข้อง ผ่านกิจกรรมต่างๆ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดและสร้างความยั่งยืนให้กับผลของโครงการ

ผลผลิตที่สำคัญที่สุดของการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางครั้งนี้คือ เอกสารการอภิปรายผล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นในระยะครึ่งแรกของโครงการและเพื่อกำหนดทิศทางของกิจกรรมที่จะดำเนินต่อไปในระยะครึ่งหลัง ทั้งในแง่ของ (1) การให้บริการการดูแลระยะกลาง (2) ทรัพยากรบุคคลในการดูแลระยะกลาง (3) การเงินในการดูแลระยะกลาง (4) บริการการดูแลระยะยาว (5) ความร่วมมือระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง (6) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลอย่างไร้รอยต่อของโครงการ S-TOP และ (7) การดำเนินโครงการ S-TOP ทั้งนี้ การอภิปรายผลในแต่ละด้านประกอบด้วยสถานการณ์/ ผลสัมฤทธิ์ปัจจุบัน ประเด็น/ ความท้าทายและการตอบสนองที่เกี่ยวข้อง และการสนับสนุนที่เป็นไปได้จากโครงการ S-TOP อย่างไรก็ดี แม้การประชุมทบทวนระยะกลางซึ่งแต่เดิมกำหนดให้มีการประชุมร่วมกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จะไม่สามารถจัดให้มีขึ้นได้เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่ทางโครงการได้จัดให้มีการประชุมในรูปแบบออนไลน์หรือการประชุมขับเคลื่อนโครงการ โดยมีบุคลากรหลักของโครงการเข้าร่วมเพื่อแบ่งปันข้อมูลและสรุปเนื้อหาของเอกสารการอภิปรายผล

ผลที่ได้จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ระหว่างการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อโครงการในพื้นที่นำร่อง แม้ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร ความสามารถทางวิชาการและทรัพยากรทางการเงิน ประเด็นที่มีคุณค่าของแนวปฏิบัติที่ดีในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง ได้รับการยอมรับผ่านการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ดังที่กล่าวไว้ใน 7 แง่มุมข้างต้น ทั้งนี้ การจัดตั้งหอผู้ป่วยระยะกลาง ในโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาศักยภาพการดูแลระยะกลาง ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และผลสัมฤทธิ์อื่นๆ จากการดำเนินโครงการนับเป็นแนวปฏิบัติที่ดีและบทเรียนสำคัญสำหรับการเผยแพร่แนวทางของโครงการต่อไป นอกจากนี้ โครงการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่นได้รับการกล่าวถึงและชื่นชมอย่างมากจากผู้เข้าร่วม ถึงแม้จะมีความแตกต่างระหว่างบริบทของไทยและญี่ปุ่นทั้งในส่วนระบบการดูแลและการประกันสุขภาพ พื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจสังคม ทรัพยากร และปัจจัยด้านอื่นๆ

ในอีกด้านหนึ่งพบว่า การดำเนินโครงการต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ อาทิ ความสามารถทางวิชาการด้านการดูแลระยะกลางที่มีอย่างจำกัด จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานการดูแลระยะกลางและระบบการเงินที่จัดตั้งขึ้น ดังนั้น ความร่วมมือและความมุ่งมั่นที่แข็งขันของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินโครงการในระยะต่อไป อีกทั้ง การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการดำเนินงานและการปรับเปลี่ยนกรอบการทำงานของโครงการในอนาคตอีกด้วย

จากมุมมองทางวิชาการพบว่า การจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลระยะกลาง ซึ่งรวมถึงคำศัพท์เฉพาะด้านการรักษาและการปฏิบัติที่สำคัญอย่างครอบคลุม ตลอดจนมาตรฐานการประเมินภาวะสุขภาพควรได้รับการพิจารณาเพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายในระดับชาติในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินโครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีชุมชนเป็นฐานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การเผยแพร่และขยายการให้บริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู การบริการทางสังคม และสนับสนุนการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือแบบบูรณาการของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย แนวคิดการให้บริการตามความต้องการในแต่ละพื้นที่นำร่องได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับความแตกต่างของบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละที่ ในขณะเดียวกัน การติดตามผลสัมฤทธิ์ของโครงการในแต่พื้นที่นับเป็นความท้าทายเนื่องด้วยจำนวนและความหลากหลายในวิธีการดำเนินงานของพื้นที่ต่างๆ

จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ในพื้นที่นำร่องโครงการ คาดการณ์ว่าโครงการจะสามารถระบุความต้องการในการดูแลระยะกลางได้อย่างต่อเนื่องทั้งจากพื้นที่นำร่องและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับประเทศ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างยืดหยุ่น เนื่องจากแนวคิดและการดำเนินงานของการดูแลระยะกลางในประเทศไทยเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ จึงมีการคำนึงถึงความท้าทายและความต้องการที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการอย่างมาก ทั้งนี้ เพื่อปรับปรุงและสนับสนุนให้มีการวางรากฐานรูปแบบการบริการที่ไร้รอยต่อและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ตอบสนองต่อประเด็นด้านสังคมผู้สูงอายุซึ่งมีความสำคัญและถือเป็นวาระสุขภาพแห่งชาติ ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิผล



1.บทนำ

1.1 ความเป็นมา

เนื่องด้วยประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐบาลไทยและไจก้าจึงได้ร่วมมือกันขับเคลื่อนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ด้วยการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า **"โครงการ S-TOP"**) โดยเริ่มต้นเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นโครงการที่ต่อยอดจากโครงการสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2560 จำนวน 2 โครงการก่อนหน้า โครงการ S-TOP มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการดูแล ที่ไร้รอยต่อตั้งแต่ระยะเฉียบพลันไปจนถึงระยะเรื้อรัง ผ่านการดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มเปราะบาง

หลังจากดำเนินการมาเป็นระยะเวลา 2 ปีพบว่า โครงการมีการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้การบริการดูแลที่ไร้รอยต่อในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา นนทบุรี ชลบุรี กรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก แรงขับเคลื่อนของนโยบายการดูแลระยะกลางในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ความซับซ้อนในเรื่องความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความท้าทายหลายประการ ทั้งที่มองเห็นได้และมองไม่เห็น ต่อการให้บริการการดูแลระยะกลาง (IMC) และการดูแลระยะยาว (LTC) ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลไทยและโครงการ S-TOP จึงได้ตัดสินใจทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง เพื่อประเมินความคืบหน้าและผลลัพธ์ของโครงการ อันจะนำไปสู่การวางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับช่วงระยะเวลาที่เหลือของโครงการ S-TOP ต่อไป

ทั้งนี้หวังว่า ผลจากการทบทวนระยะกลางจะได้มาซึ่งผลสัมฤทธิ์ ความท้าทายและทิศทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการพัฒนา การบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1) เพื่อประเมินความคืบหน้าของโครงการ S-TOP และรวบรวมผลของสถานะการดำเนินงานปัจจุบัน
2) เพื่อรวบรวมเสียงสะท้อนจากท้องถิ่นและภาคีที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้ระบุไว้ในเอกสาร รวมทั้งข้อเสนอแนะและความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3) เพื่อหารือเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะการดำเนินงานปัจจุบันของการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทย
4) เพื่อรับทราบทิศทางสำหรับการดำเนินงานโครงการ S-TOP ในช่วงครึ่งหลังที่ชัดเจน

2. วิธีดำเนินการ

การทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางมีขึ้นระหว่างเดือนมีนาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งดำเนินงานโดยโครงการและมีทีมนักวิจัยของ บริษัท ไอซี เน็ต เอเชีย จำกัด เป็นผู้สนับสนุน การทบทวนดังกล่าวประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้

ส่วนที่ 1: การทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เพื่อเตรียมการสำหรับการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง

(1) การจัดทำแผนงานขั้นต้นและการประชุมเบื้องต้นร่วมกับโครงการ S-TOP

(2) การทบทวนเอกสาร

(3) การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(4) การจัดทำเอกสารการอภิปรายผลสำหรับการประชุมทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง

ส่วนที่ 2: การดำเนินงานระหว่างและหลังการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง (MTR)

(5) การประชุมทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง[1]

(6) รายงานฉบับสมบูรณ์

การจัดทำรายละเอียดของเนื้อหาและวิธีการดำเนินงานในแต่ละส่วนปรากฏอยู่ในภาคผนวก 1: ขอบเขตของงาน

ในส่วนของการทบทวนเอกสาร ทีมทบทวนระยะกลางได้ตรวจสอบและทบทวนเอกสารตามที่ทางโครงการจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยเอกสารดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.1 รายการเอกสารที่ทบทวน

ประเภทของข้อมูล	รายการเอกสาร	หน่วย
ข้อมูลการดำเนินงานทั่วไปของโครงการ	เอกสารติดตามโครงการไจก้า (ทุก 6 เดือน)	3
	รายงานประจำเดือนของโครงการ (ภาษาญี่ปุ่น)	20
	สรุปการประชุมคณะทำงาน	4
	รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ	2
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่นำร่อง	แบบฟอร์ม 1 แผนผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	8
	แบบฟอร์ม 2 ข้อมูลสำคัญ	ประมาณ 50
	แบบฟอร์ม 3 เอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์	ประมาณ 50
	แผนปฏิบัติงานของ 8 พื้นที่นำร่อง (พาวเวอร์พอยท์)	8
	แบบฟอร์ม 4 แผนกิจกรรมและตารางรายงานความคืบหน้ารายไตรมาสหรือทุกครึ่งปี	ประมาณ 100
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาครัฐส่วนกลาง	คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยกระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นเมื่อเดือนมกราคม 2562	1
	เอกสารอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งมอบผ่านโครงการ	หลัก: 14 ย่อย: 5

[1] เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า จึงได้จัดให้มีการประชุมขับเคลื่อนโครงการ โดยมีบุคลากรหลักของโครงการเข้าร่วม ในรูปแบบออนไลน์ แทนการประชุมทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง

ทีมทบทวนระยะกลางได้สัมภาษณ์ออนไลน์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 22 แห่ง ที่ทางโครงการจัดเตรียมไว้ให้ ตามรายชื่อในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 2.2 กำหนดการสัมภาษณ์

วันที่	สถานที่	เวลา	หน่วยงาน	รหัส
15 เมษายน	นนทบุรี	14:00	โรงพยาบาลบางกรวย	001
16 เมษายน	นนทบุรี	09:00	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี	002
	ขอนแก่น	11:00	โรงพยาบาลขอนแก่น	003
17 เมษายน	สุราษฎร์ธานี	10:00	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี	004
	สถาบันสิรินธรฯ	13:00	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	005
	สุราษฎร์ธานี	13:30	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	006
20 เมษายน	เชียงใหม่	08:30	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	007
	สปสช.	14:00	สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	008
	ขอนแก่น	13:30	โรงพยาบาลน้ำพอง	009
	ขอนแก่น	15:00	โรงพยาบาลขอนแก่น	010
21 เมษายน	เชียงใหม่	09:00	โรงพยาบาลนครพิงค์	011
	ชลบุรี	10:00	โรงพยาบาลชลบุรี	012
	กระทรวง พม.	11:00	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์(พม.)	013
22 เมษายน	กระทรวง สธ.	10:00	กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	014
	สุราษฎร์ธานี	15:00	เทศบาลตำบลบ้านนา	015
23 เมษายน	สระบุรี	12:00	โรงพยาบาลแก่งคอย	016
	สุราษฎร์ธานี	13:00	โรงพยาบาลบ้านนาเดิม	017
	เชียงใหม่	14:00	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	018
24 เมษายน	ฝ่ายญี่ปุ่น	09:00	หัวหน้าที่ปรึกษาโครงการ	019
	นนทบุรี	13:00	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	020
	นนทบุรี	14:00	ศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุบ้านเอื้ออาทร	021
2 พฤษภาคม	ขอนแก่น	14:00	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	022

ในการจัดทำเอกสารการอภิปรายผล โครงการได้จัดให้มีการประชุมขับเคลื่อนโครงการ (Steering Meeting) ซึ่งเป็นการประชุมเพื่อหารือแลกเปลี่ยนและปรับปรุงข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้อง (รายชื่อคณะขับเคลื่อนโครงการอยู่ในภาคผนวก 4.1)

ตารางที่ 2.3 กำหนดการประชุมขับเคลื่อนโครงการ

ครั้งที่	การประชุม	วันที่
1	ประชุมขับเคลื่อนโครงการ ครั้งที่ 1	7 ส.ค. 2563
2	ประชุมขับเคลื่อนโครงการ ครั้งที่ 2	11 ส.ค. 2563
3	ประชุมขับเคลื่อนโครงการ ครั้งที่ 3	17 ส.ค. 2563
4	ประชุมขับเคลื่อนโครงการ ครั้งที่ 4	24 ส.ค. 2563
5	ประชุมขับเคลื่อนโครงการ ครั้งที่ 5	26 ส.ค. 2563

3. ข้อค้นพบ

3.1 รายงานการทบทวนเอกสาร

รายงานการทบทวนเอกสารประกอบด้วย 3 รายงานย่อย ได้แก่ การทบทวนเอกสาร (พื้นที่นำร่อง) การทบทวนเอกสาร (นโยบายระดับชาติ) และสาระสำคัญโดยสรุปของพื้นที่นำร่องและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

1) การทบทวนเอกสาร (พื้นที่นำร่อง)

รายงานผลการทบทวนเอกสารของพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง อยู่ในตารางแนบท้ายรายงานฉบับนี้ (ภาคผนวก 3) ทั้งนี้ ได้มีการดัดแปลงใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ในการรวบรวมข้อมูลความคืบหน้าและความท้าทายของการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวในแต่ละพื้นที่นำร่อง ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ตาราง ดังต่อไปนี้

1. จำนวนผู้ที่ได้รับหรือเคยรับบริการการดูแลระยะกลางในแต่ละพื้นที่นำร่อง
2. จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่องและจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง ซึ่งจัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562
3. แนวทางข้อเสนอด้านกำลังคนสำหรับการดูแลระยะกลาง ในคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562
4. การสำรวจคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือสมาชิกในครอบครัว
5. การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในแต่ละพื้นที่นำร่อง
6. การแบ่งบทบาทใหม่ของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง
7. แนวปฏิบัติในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)
8. แนวปฏิบัติในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
9. แนวปฏิบัติในการทำงานแบบทีม

2) การทบทวนเอกสาร (นโยบายระดับชาติ)

ทบทวนและสรุปเอกสารต่างๆ ที่มาจากทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการทบทวนดังกล่าวครอบคลุมนโยบาย/ โครงการการดูแลระยะกลางที่จัดขึ้น/ ประกาศใช้ โดยหน่วยงานภาครัฐ รวมไปถึงนโยบายในระดับประเทศ การทบทวนนโยบายด้านการดูแลระยะกลางดังกล่าวน่าจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการการดูแลระยะกลางและความก้าวหน้าต่างๆ แก่ฝ่ายไทย

3) สาระสำคัญโดยสรุปของพื้นที่นำร่องและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

จัดทำสาระสำคัญโดยสรุปของพื้นที่นำร่อง 8 แห่ง และหน่วยงานภาครัฐของไทย 3 แห่ง โดยสรุปจากข้อค้นพบของการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ บทสรุปของพื้นที่นำร่องจะประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของการดูแลสุขภาพในจังหวัด ภาพรวมของการดำเนินโครงการ S-TOP จุดแข็งและจุดอ่อน ความท้าทาย และข้อเสนอแนะ สำหรับบทสรุปของหน่วยงานภาครัฐจะประกอบด้วย กรอบนโยบายและการดำเนินการ กลยุทธ์ และแผนระดับชาติด้านการดูแลผู้สูงอายุและบริการการดูแลระยะกลาง

3.1.1 การทบทวนเอกสาร (นโยบายระดับชาติ)

3.1.1.1 ระดับประเทศ

เมื่อเดือนธันวาคม 2561 ประเทศไทยได้ประกาศใช้ มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ขับเคลื่อนมาตรการภายใต้ **“ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ”** อย่างเป็นระบบ (2) บูรณาการการทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งประเทศ ทั้งระดับนโยบาย หน่วยงาน และพื้นที่ และ (3) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามมาตรการภายใต้ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุทั้งประเทศอย่างเป็นระบบ มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับ **“ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี” “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12” และ “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552)”** ดังภาพด้านล่าง[2]

[2] กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์_มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงอายุ 2562 (พม.) http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1560926865-155_0.pdf

ยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)

- ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
- ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

แผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)

- ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์
- ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2554-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การส่งเสริมและการพัฒนาผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 : การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 : ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ภาพที่ 3.1.1 ยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับวาระแห่งชาติเรื่องสังคมผู้สูงอายุ

ภายใต้ยุทธศาสตร์ระดับชาติดังกล่าว มีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและเข้ามามีส่วนร่วมหลายหน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ตามที่ปรากฏในตารางด้านล่าง มาตรการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะกลางคือ **“มาตรการที่ 1.3 (S3) : ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ”** ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ : 6 sustainable 4 change
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระยะเวลาดำเนินการ	ประกาศเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2561 ระยะเวลา: พ.ศ. 2562-2564
กลุ่มเป้าหมาย	1. กลุ่มผู้สูงอายุ: กลุ่มติดเตียง กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ต้องการการพึ่งพิง กลุ่มติดสังคม และกลุ่มเปราะบางอื่นๆ รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุชายขอบและผู้อพยพ 2. กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มแรงงาน : กลุ่มเด็ก เยาวชน และกลุ่มแรงงาน
เป้าหมาย	ผู้สูงอายุไทยเป็นพลวัตพลัง (Active Ageing) : มีสุขภาพดี (Health) มีความมั่นคงในชีวิต (Security) และมีส่วนร่วม (Participation) (กรอบแนวคิดพลวัตพลังขององค์การอนามัยโลก)
รายละเอียด	**มาตรการหลักที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย** มาตรการย่อยที่ 1.1 (S1) : การสร้างระบบคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ (พม.) มาตรการย่อยที่ 1.2 (S2) : ส่งเสริมการมีงานทำและมีรายได้ของผู้สูงอายุ (รง.) มาตรการย่อยที่ 1.3 (S3) : พัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ (สธ.) มาตรการย่อยที่ 1.4 (S4) : ปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ (มท.) มาตรการย่อยที่ 1.5 (S5) : จัดตั้งธนาคารเวลาสำหรับการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย (พม.) มาตรการย่อยที่ 1.6 (S6) : การสร้างความรอบรู้ให้คนรุ่นใหม่เตรียมความพร้อมในทุกมิติ (ศธ.) **มาตรการหลักที่ 2 : การยกระดับขีดความสามารถสู่การบริหารจัดการภาครัฐ 4.0** มาตรการย่อยที่ 2.1 (C1) : ยกระดับความร่วมมือ เสริมสร้างพลังสังคมสูงอายุ (พม.) มาตรการย่อยที่ 2.2 (C2) : การปรับเปลี่ยนกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ ข้อบังคับให้เอื้อต่อการทำงานด้านผู้สูงอายุ (พม.)

	มาตรการย่อยที่ 2.3 (C3) : ปฏิรูประบบข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ (พม.) มาตรการย่อยที่ 2.4 (C4) : พลิกโฉมนวัตกรรมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมสูงอายุ (วท.) **กลไก:** 1. ระดับประเทศ: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ 2. หน่วยงานหลัก: พม. สธ. วท. รง. มท. ศธ. 3. ระดับจังหวัด: คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาตรการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะกลางคือ **“มาตรการที่ 1.3 (S3) : ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ”** ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข **เป้าหมาย:** 1. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ 3. ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพและสังคม **โครงการสำคัญ :** 1. พัฒนาโครงข่ายและเชื่อมโยงระบบบริการและการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละระดับ (ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญ) 2. พัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต 3. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (Pre-aging) **กลไกระดับพื้นที่ :** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา
ที่มา	DOP – S-TOP 4th WT Meeting (ไฟล์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ – การประชุมคณะทำงานโครงการ S-TOP ครั้งที่ 4) (ไม่เปิดเผย) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์_มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงอายุ พ.ศ. 2562 (พม.) [ภาษาอังกฤษ: 17. MSDHS_ Measures to Implement National Agenda on Aged Society 2020 (MSDHS)]

3.1.1.2 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

กระทรวงสาธารณสุขออกนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมตามแนวทางสากล ผ่านการดำเนินโครงการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม ตามที่แสดงในตารางด้านล่าง **“การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะกลาง”** เป็นหนึ่งในโครงการภายใต้มาตรการย่อยที่ 1.3 ของมาตรการ ‘6 sustainable 4 change’ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการดูแลระยะกลาง ดังที่แสดงใน **“2.2 แผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง”** ด้านล่าง

1) การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระยะเวลาดำเนินการ	ไม่มี
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม: 1) สุขภาพดี 2) มีความเสี่ยง 3) พึ่งพิง/ เปราะบาง 4) ผู้ป่วย
เป้าหมาย	ไม่มี

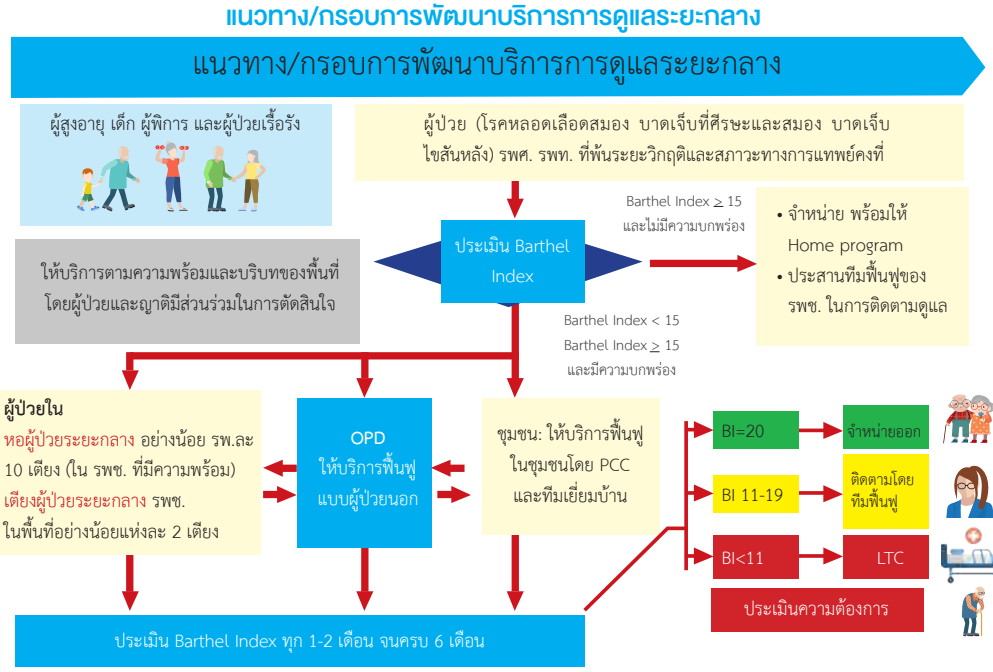
รายละเอียด	กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวคิด **“การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม”** ในการดำเนินโครงการสำหรับผู้สูงอายุ **กลไกขับเคลื่อน:** 1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวคิด **“การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม”** ในการดำเนินโครงการสำหรับผู้สูงอายุ **กลไกขับเคลื่อน:** 1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) 2. มาตรฐานของสถานีอนามัย/ บริการดูแล/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) **กิจกรรมของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม:** กิจกรรมสำหรับกลุ่มสุขภาพดี ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และ 2) การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยง ได้แก่ 1) การป้องกัน และ 2) การประเมินสุขภาพกิจกรรมสำหรับกลุ่มพึ่งพิง/ กลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วย ได้แก่ 1) การดูแลระยะเฉียบพลัน 2) การดูแลระยะกลาง 3) การดูแลระยะยาว 4) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และ 5) การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต **การดำเนินงานในปัจจุบัน:** 1. ระบบบริการปฐมภูมิ: การดูแลระยะยาวโดยผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แผนการดูแล 2. ระบบบริการทุติยภูมิ: ใน รพ.สต. 9,781 แห่ง เพื่อการป้องกันและส่งเสริม การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/การฟื้นฟูสมรรถภาพ (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า การฟื้นฟู) / การดูแลแบบประคับประคอง/ การดูแลระยะยาว 3. ระบบบริการตติยภูมิ: ในโรงพยาบาลชุมชน 783 แห่ง สำหรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง และการดูแลระยะกลาง 4. ระบบบริการตติยภูมิระดับสูง: ในโรงพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน การดูแลแบบผู้ป่วยใน และในโรงพยาบาลศูนย์สำหรับการบริการระดับสูง/ ศูนย์ฝึกอบรม
ที่มา	กระทรวงสาธารณสุข_นโยบายการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ

2) แผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	แผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระยะเวลาดำเนินการ	พ.ศ. 2560 – 2564
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง บาดเจ็บทางไขสันหลัง ที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว
เป้าหมาย	เป้าหมายระยะ 1 ปี: เข้าถึงบริการ ลดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน บริการฟื้นฟูที่มีคุณภาพ **“ร้อยละ 70 เข้าถึงบริการ ร้อยละ 70 มีคะแนน Barthel Index (BI) เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยติดเตียงจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 20 มีภาวะแทรกซ้อน”**

รายละเอียด

นโยบายดังกล่าวมีแนวทาง/กรอบการพัฒนาบริการการดูแลระยะกลาง ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 3.1.2 แนวทาง/ กรอบการพัฒนาบริการการดูแลระยะกลาง

กระบวนการ:

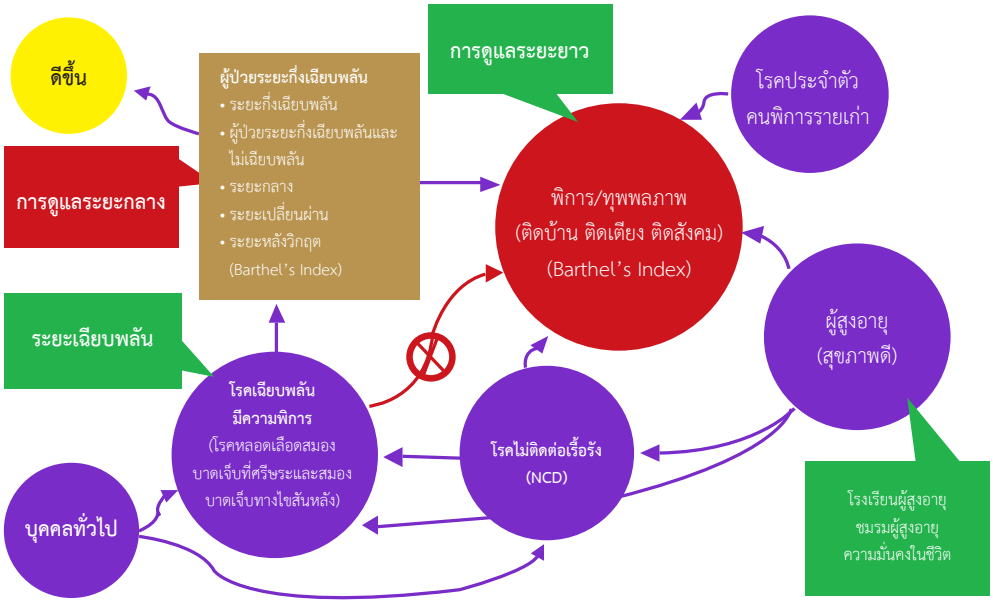
1. บริหารจัดการ: 1) โครงสร้างระดับจังหวัด/ อำเภอ/ สธ. และ 2) แผนแม่บท **"แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ"** 3) การจัดสรรงบประมาณ
2. พัฒนาระบบบริการ: 1) ลงทะเบียน เครือข่ายส่งต่อ และติดตาม 2) การบริหารทรัพยากรบุคคลและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล 3) คู่มือการดำเนินงาน และ 4) การพัฒนารูปแบบบริการ
3. สร้างการรับรู้และทัศนคติ: 1) การสื่อสารผ่านสื่อและมวลชน 2) สร้างการรรับรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ภาคีเครือข่าย และประชาชน 3) เยี่ยมเสริมพลัง
4. ระบบข้อมูล: 1) พัฒนาระบบข้อมูลการจัดการและการให้บริการ รวมถึงการติดตามและประเมินผล และ 2) การจัดการความรู้ในการใช้ข้อมูลที่มีอยู่เดิม

การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ระยะ:

1. 3 เดือน : 1) ขับเคลื่อนระดับอำเภอและจังหวัด 2) จัดตั้งคณะทำงานระดับชาติ ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด และ 3) จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ
2. 6 เดือน : 1) แผนแม่บท **"แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ"** 2) พัฒนาระบบข้อมูลสำหรับการลงทะเบียน การส่งต่อ และการติดตาม (เว็บแอปพลิเคชัน) และ 3) จัดพิมพ์และเผยแพร่คู่มือแนวทางการดูแลระยะกลาง (คู่มือแนวทาง 1 เล่ม คู่มือฉบับย่อ 1 เล่ม)
3. 9 เดือน : 1) อบรมด้านการฟื้นฟู (หลักสูตรระยะสั้น) สำหรับแพทย์ 2) อบรมด้านการฟื้นฟู (หลักสูตร 5 วัน) สำหรับพยาบาล 3) อบรมด้านการฟื้นฟู (หลักสูตร 4 เดือน) สำหรับพยาบาล และ 4) เยี่ยมเสริมพลังภายในจังหวัด/ อำเภอ
4. 12 เดือน : 1) สรุปผลลัพธ์ของการดำเนินงานและวางแผนสำหรับปีต่อไป 2) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับอำเภอ/ประเทศ และ 3) แผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี และ 20 ปี

รายละเอียดอื่น ๆ ของแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลางสามารถดูเพิ่มเติมได้ใน **"คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ)"** ซึ่งจัดพิมพ์ขึ้นเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข คู่มือฉบับนี้ประกอบด้วย บทสรุปเชิงนโยบาย คำนิยามสำคัญในงานการดูแลระยะกลาง วัตถุประสงค์ของการดูแลระยะกลาง ขั้นตอนการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการประเมินผล รวมทั้งตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่ดี[3]

[3] ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางซึ่งต่อยอดจากคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่จัดทำโดยกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562 ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนนี้จะถูกอธิบายไว้ในประเด็นด้านการดูแลประคับประคองและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงยังมีแผนที่จะใช้ประโยชน์จากแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางดังกล่าว ผ่านการเผยแพร่โดยใช้สื่อรูปแบบต่างๆ อาทิ ป้ายโฆษณา คลิปวิดีโอ และการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ภายในเดือนกรกฎาคม 2563 รวมทั้งนำไปใช้ในพื้นที่นำร่องบางแห่ง ในปีงบประมาณ 2564

	ภาพด้านล่างแสดงแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ  ภาพที่ 3.1.3 แนวคิดของการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางที่เชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆ
ที่มา	กระทรวงสาธารณสุข_นโยบายการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ (ภาษาอังกฤษ) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ)

3) ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ของแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระยะเวลาดำเนินการ	พ.ศ. 2561 – 2564
พื้นที่/พื้นที่นำร่อง	ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับประเทศ
กลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการพ้นระยะวิกฤติ 2. ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง 3. ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลาง เช่น ผู้ป่วยที่มีอัตราการครองเตียง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูอย่างเข้มข้น ผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟู ผู้สูงอายุ เป็นต้น
เป้าหมาย	ร้อยละของสถานพยาบาลระดับ M และ F[4] ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง 2561: ไตรมาสที่ 2 = ร้อยละ 5 ไตรมาสที่ 4 = ร้อยละ 10 2562: ไตรมาสที่ 4: ร้อยละ 20 2563: ไตรมาสที่ 4: ร้อยละ 30 2564: ไตรมาสที่ 4: ร้อยละ 50
รายละเอียด	เอกสารแสดงข้อมูลตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง **ตัวชี้วัด:** ร้อยละของสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง **วัตถุประสงค์ของการดูแลระยะกลาง:** 1. ลดความแออัดใน รพศ. / การดูแลระยะเฉียบพลัน 2. เพิ่มความสามารถในการฟื้นฟูและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น 3. ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิมหรือด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม

[4]โรงพยาบาลระดับ M F หมายถึง โรงพยาบาลระดับกลางและระดับต้นตามมาตรฐานที่รัฐบาลกำหนด (พิจารณาจากจำนวนเตียงและบุคลากรทางการแพทย์) อ้างอิงตารางที่ 4.2.1 ในหน้า 146

	4. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเตียงในระดับจังหวัด/ อำเภอ 5. เพิ่มทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล 6. เชื่อมโยงแผนการดูแลกับการดูแลไปยังชุมชนและการดูแลสุขภาพที่บ้าน
ที่มา	ตัวชี้วัดความสำเร็จ-การดูแลระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุข

4) ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาว

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จของการจัดระบบการดูแลระยะยาว
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระยะเวลาดำเนินการ	ปีงบประมาณ 2560 – 2565
พื้นที่/พื้นที่นำร่อง	ระดับอำเภอ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนในประเทศไทย
เป้าหมาย	ร้อยละของอำเภอที่มีระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ รอบการประเมิน 12 เดือน 2563: > ร้อยละ 80 2564: > ร้อยละ 90 2565: > ร้อยละ 95
รายละเอียด	**ตัวชี้วัด:** ร้อยละของอำเภอที่มีระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล 2. มีการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพกรมอนามัย อย่างน้อยตำบลละ 1 ชมรม 3. มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น และชุมชน 4. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ/ เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในระดับตำบล
ที่มา	http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1493

3.1.1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

หนึ่งในสิทธิประกันสุขภาพของไทยคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิดังกล่าวครอบคลุมประชากรจำนวน 48 ล้านคน ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน ระยะกึ่งเฉียบพลัน/ ระยะกลาง การดูแลระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้ว่าจะไม่มีนโยบายทางการเงินโดยตรงสำหรับการดูแลระยะกลาง แต่กลไกทางการเงินสำหรับการดูแลระยะกลางนั้นได้รวมไว้ในส่วนของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (โปรแกรม SNAP) และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 ครอบคลุมบริการ 8 ด้าน ได้แก่ 1) บริการเหมาจ่ายรายหัว 2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 5) บริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนใต้ 6) บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง 7) บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว 8) งบชดเชยวัคซีนป้องกันหัดคางทูมและหัดเยอรมันในภาคใต้ระหว่างปีงบประมาณ 2561-2562[5]

[5]ที่มา: คู่มือการบริหารจัดการงบกองทุน สปสช. ปี 2563

ระบบการจ่ายเงินโปรแกรม SNAP เป็นการจ่ายเงินอัตราพิเศษและจ่ายเพิ่มเติมกรณีส่งกลับสำหรับผู้ป่วยระยะกลางที่เข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในซึ่งอยู่ในพื้นที่บริการสุขภาพที่อยู่ในเกณฑ์ งบประมาณดังกล่าวอยู่ภายใต้งบเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนี้ ขึ้นอยู่กับการตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและ สปสช. แต่ละเขต ทั้งนี้ สปสช. เขตพื้นที่จะจ่ายเงินเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับส่งต่อและเข้ารับบริการการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลเครือข่าย นอกจากนี้ ระบบการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในชุมชนก็รวมอยู่ในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดด้วย

1) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS)

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS)
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระยะเวลาดำเนินการ	ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – ปัจจุบัน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยที่ไม่ได้อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพรูปแบบอื่น (อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท; Q1-2; เด็ก ผู้สูงอายุ แรงงานนอกระบบ)
เป้าหมาย	เพื่อให้คนไทยทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพตามความจำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม
รายละเอียด	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 3.8 ระบุว่า **“บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยา และวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิผล มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้”** สปสช. เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการดำเนินงานสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า **ชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมสำหรับคนไทยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีดังนี้** 1) การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลป้องกัน 2) บริการรักษาซึ่งรวมถึงการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและการดูแลในภาวะฉุกเฉิน 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การรับส่ง 5) แพทย์ทางเลือกที่ได้รับการรับรอง 6) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ) **กลไกทางการเงินของระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:** 1) ระยะเฉียบพลัน: ผู้ป่วยนอก โดยการเหมาจ่ายรายหัว/งบประมาณรวม ผู้ป่วยใน โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม/งบประมาณรวม 2) ระยะกึ่งเฉียบพลัน/ การดูแลระยะกลาง : ผู้ป่วยนอก โดยกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (ดำเนินงานโดย สปสช. และองค์การบริหารส่วนจังหวัดใน 42 จังหวัด) ผู้ป่วยใน โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมซึ่งนำร่องโดยการใช้โปรแกรม SNAP 3) การดูแลระยะยาว: การดูแลที่บ้าน ดำเนินงานโดยกองทุนสุขภาพชุมชน 6,003 แห่ง (รัฐบาลท้องถิ่นและผู้ให้บริการ และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ) 4) การดูแลแบบประคับประคอง: การดูแลที่บ้าน จ่ายแบบขั้นบันได บริหารจัดการโดย สปสช.
ที่มา	NHSO_IMC Policy_1st JCC (ไฟล์ที่ใช้นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 1 เรื่องนโยบายการดูแลระยะกลางของสปสช. รูปแบบภาษาอังกฤษ) (ไม่เปิดเผย) NHSO - IMC 16012019 (ไฟล์การดำเนินงานการดูแลระยะกลางในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสปสช.)
	Meeting minutes of WT_1st-2020 (รายงานสรุปผลการประชุมคณะทำงาน_ครั้งที่ 1 – 2563) (ไม่เปิดเผย)

2) การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (SNAP)

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (SNAP)
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนารูปแบบนำร่อง
ระยะเวลาดำเนินการ	แนวทางปฏิบัติที่ดี: บางกล่ำโมเดล ซึ่งเริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2556
พื้นที่/พื้นที่นำร่อง	เขต 2 4 6 8 10 12 (6 จังหวัด 11 โรงพยาบาล) 19 โรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2559
กลุ่มเป้าหมาย	การดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง ที่อาการพ้นระยะวิกฤติ
เป้าหมาย	ไม่มี
รายละเอียด	สปสช. จัดทำโปรแกรมบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (SNAP) ซึ่งเป็นโปรแกรมการเรียกเก็บเงินสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (อัตราพิเศษ จ่ายเพิ่มกรณีส่งกลับ) ในเขตพื้นที่ สปสช. 6 เขต **รูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลบางกล่ำ สำหรับการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน มีการจ่ายเงินดังนี้** 1) จ่ายเงินเพิ่มเติมสำหรับการดูแลระยะกลางผู้ป่วยใน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 2) 1,000 บาท/วัน (สูงสุด 45 วัน) 3) 200 บาท/ระดับคะแนน ADL ที่ดีขึ้น **On-top IMC (ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ในปี พ.ศ. 2562/ 2563** มีการใช้โปรแกรม SNAP สำหรับผู้ป่วยใน ในพื้นที่ 6 อำเภอ ภายใต้ความตกลงระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข สปสช. ตัดงบผู้ป่วยบางส่วน เพื่อจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในเขตบริการสุขภาพที่ 6 จังหวัดระยอง โปรแกรมดังกล่าวนี้ทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินเบิกจ่ายเพิ่มเติม ดังนี้ เขตบริการสุขภาพที่ 4 จังหวัดสระบุรี: จ่ายเพิ่มเติมกรณีส่งกลับ 2,000 บาท/4,000 บาท เขตบริการสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี: อัตราคงที่ 9,000 บาท/adjRW เขตบริการสุขภาพที่ 6 จังหวัดระยอง: จ่ายเพิ่มเติมกรณีส่งกลับ 1,000 บาท/3,000 บาท และนอนโรงพยาบาลเพื่อการดูแลระยะกลาง 3,000 บาท (3 กลุ่มโรคและกระดูกสะโพกหัก) เขตบริการสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี: อยู่ระหว่างการพิจารณา เขตบริการสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา: จ่ายเพิ่มเติมกรณีส่งกลับ 1,000 บาท/3,000 บาท เขตบริการสุขภาพที่ 12 จังหวัดสงขลา: SNAP การเรียกเก็บเงิน 5,000 บาท/ครั้ง (สูงสุด 2 ครั้ง/ ปี) **แผนการจ่ายเงิน ปีงบประมาณ 2564**[6] สปสช. มีแผนสำหรับการจ่ายเงินที่เป็นไปตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงโดยใช้โปรแกรมการจ่ายเงินฟื้นฟูสมรรถภาพ แผนดังกล่าวอยู่ระหว่างการพิจารณารูปแบบการจ่ายเงิน มีดังนี้ 1. รูปแบบผู้ป่วยใน : กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group หรือ DRG) 2. นักกายภาพบำบัดวิชาชีพ ให้บริการการดูแลระยะกลาง: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง 3. การดูและระยะ 6 เดือน: ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรับการดูแลในชุมชน การจ่ายเงินตามการเพิ่มขึ้นของคะแนน BI

[6] ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลไทยได้เริ่มใช้ชุดงบประมาณใหม่สำหรับผู้ป่วยนอกและการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลระยะกลางในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งไม่ได้พิจารณาถึงงบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยในในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตามที่ได้มีการประชุมกับ สปสช.

ที่มา	NHSO_IMC Policy_1st JCC (ไฟล์ที่ใช้นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 1 เรื่องนโยบายการดูแลระยะกลางของสปสช. รูปแบบภาษาอังกฤษ) (ไม่เปิดเผย) NHSO - IMC 16012019 (ไฟล์การดำเนินงานการดูแลระยะกลางในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสปสช.) Meeting minutes of WT_1st-2020 (รายงานสรุปผลการประชุมคณะทำงาน_ครั้งที่ 1 – 2563) (ไม่เปิดเผย)

3) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด (กองทุนร่วม)

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด (กองทุนร่วม)
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างดำเนินการและพัฒนาเพื่อจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลระยะกลางรูปแบบผู้ป่วยนอกและในชุมชน
ระยะเวลาดำเนินการ	เริ่มตั้งแต่วันที่ 16 ก.ค. 2554
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว
เป้าหมาย	เพื่อให้ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการดูแลระยะกลาง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
รายละเอียด	**แหล่งงบประมาณ:** 1. งบ สปสช. 2. กองทุนรวมระหว่าง สปสช. และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (1:1) 3. เงินบริจาค **ชุดสิทธิประโยชน์ (ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า):** 1. บริการทางการแพทย์สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การพูดจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด เครื่องช่วยฟัง การฟื้นฟูการมองเห็น เครื่องช่วยฟัง การฉีดสาร Phenol 2. อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ: 76 เครื่อง ประกอบด้วย 1) อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ขาและเข่าเทียม 2) เครื่องช่วยฟัง 3) อุปกรณ์สำหรับผู้พิการทางสายตา เช่น ไม้เท้าขาว 4) รถนั่งคนพิการ/ อุปกรณ์ช่วยเดิน/ ไม้เท้า 3. การฝึกอบรมการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับผู้พิการทางสายตา ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีกองทุนฟื้นฟูทั้งหมดใน 42 จังหวัด ในปี 2561 มีผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูทางการแพทย์รวมทั้งสิ้น 480,430 คน ในปี 2561 กองทุนฟื้นฟูฯ มีงบประมาณอยู่ที่ 16.13 บาท/ คน (รวม 787,095,600 บาท โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน: **ส่วนที่ 1:** บริหารจัดการโดย สปสช. ส่วนกลาง (1.60 บาท/ คน) จ่ายเป็นค่าเทคโนโลยีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและบริการสำหรับการดูแลฟื้นฟูในระดับตติยภูมิ **ส่วนที่ 2:** งบรวม บริหารจัดการโดย สปสช. เขตพื้นที่ (14.53 บาท/ คน) จ่ายให้กับผู้ให้บริการ/ หน่วยงานที่ให้บริการ รวมถึง 1. ค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือและค่าบำรุงซ่อมแซม 2. บริการฟื้นฟูสำหรับการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ต้องการการฟื้นฟูและการดูแลระยะยาว 3. ฝึกอบรมการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวสำหรับผู้พิการทางสายตา 4. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด (กองทุนร่วม)
ที่มา	NHSO_IMC Policy_1st JCC (ไฟล์ที่ใช้นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 1 เรื่องนโยบายการดูแลระยะกลางของสปสช. รูปแบบภาษาอังกฤษ) (ไม่เปิดเผย) (EN)_20180320_NHSO_LTC disable in UHC กรรมการบริหาร (ไฟล์ของสปสช. เรื่องการดูแลระยะยาวในการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า)

3.1.1.4 กรมกิจการผู้สูงอายุ (DOP) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (MSDHS)

จากข้อมูลในรายงานการประชุมคณะทำงานครั้งที่ 1/2563 ระบุว่า นโยบายและโครงการด้านการดูแลอย่างไร้รอยต่อของกรมกิจการผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว โดยกระทรวง พม. มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการดูแลที่ไร้รอยต่อในส่วนของสภาพแวดล้อมของบ้าน ความปลอดภัย สวัสดิการสังคมแบบองค์รวมของชุมชน การเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์ การให้ความช่วยเหลือ และการวางแผนของทีมสหสาขาวิชาชีพ มาตรการ **'6 Sustainable 4 Change'** ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวง พม. และการดูแลระยะกลาง ถูกกล่าวถึงในมาตรการที่ S1 S3 และ S5 ทั้งนี้ กรมกิจการผู้สูงอายุได้มีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ร่วมกับโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. จัดตั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือแก่สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยติดสังคม
3. จัดตั้งธนาคารเวลา
4. บริหารจัดการอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) และส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดทำคู่มือสำหรับอาสาสมัคร (อบรมอาสาสมัคร 6,800 คน เพื่อดูแลผู้สูงอายุ 102,000 คน)

กรมกิจการผู้สูงอายุได้จัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุและแนวปฏิบัติเพื่อการดำเนินงานและพัฒนา อพม. (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีมาตรฐาน สำหรับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุนั้น มีการแบ่งการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 หลักสูตร และ มีการเผยแพร่คู่มือสำหรับ อพม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนมีการดำเนินโครงการเสริมสร้างศักยภาพ/ การฝึกอบรมอีกด้วย

1) มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ (มาตรฐานระดับชาติ)

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ
คณะกรรมการ/คณะบริหาร	คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ คณะอนุกรรมการบูรณาการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ
สถานะปัจจุบัน	ไม่มี
ระยะเวลาดำเนินการ	ประกาศกรมกิจการผู้สูงอายุ เมษายน พ.ศ. 2562
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลผู้สูงอายุและสถานดูแลผู้สูงอายุ
เป้าหมาย	ไม่มี
รายละเอียด	มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุเป็นโครงการภายใต้ **"มาตรการย่อยที่ 1.1 การสร้างระบบคุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ"** **มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย** 1. มาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 2) โรงพยาบาลผู้สูงอายุ 3) ศูนย์บริการตอนกลางวันสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และ 5) สถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 2. มาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุ 3. มาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุ **ตามประกาศกรมกิจการผู้สูงอายุด้านมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 หลักสูตร ดังนี้:** 1. มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นเบื้องต้น จำนวน 18 ชั่วโมง: สำหรับสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครหรือผู้สนใจที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีขึ้นไป 2. มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง: สำหรับผู้ประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่วิชาชีพ

	3. มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นสูง จำนวน 420 ชั่วโมง: สำหรับผู้ประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นนั้น อาสาสมัครต้องผ่านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง และเข้ารับการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอีกจำนวน 50 ชั่วโมง (รวม 120 ชั่วโมง) การขออนุญาตใช้มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ: 1. มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นเบื้องต้น จำนวน 18 ชั่วโมง ให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อกรมกิจการผู้สูงอายุ 2. มาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง และมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นสูง จำนวน 420 ชั่วโมง ให้ยื่นขออนุญาตใช้ ดังนี้ - หน่วยงานภาครัฐ สถานศึกษา องค์กรต่างๆ ที่จัดอบรม ให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อกรมอนามัย - โรงเรียนบริบาล ให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน ศธ. - สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน รง. - หน่วยงาน สถานศึกษา องค์กรต่างๆ ที่จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่กิจการการดูแลผู้สูงอายุ ให้ยื่นขออนุญาตใช้ต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สธ.
ที่มา	DOP – S-TOP 4th WT Meeting (ไฟล์ของกรมกิจการผู้สูงอายุ – การประชุมคณะทำงานโครงการ S-TOP ครั้งที่ 4) (ไม่เปิดเผย) DOP Government notice (ประกาศกรมกิจการผู้สูงอายุ) กระทรวง พม. _มาตรการขับเคลื่อนสังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562 (พม.) [ภาษาอังกฤษ: 17. MSDHS_ Measures to Implement National Agenda on Aged Society 2020 (MSDHS)]

2) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ): อพม. ในปีงบประมาณ 2563

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ): อพม. ในปีงบประมาณ 2563
สถานะปัจจุบัน	โครงการต่อเนื่อง
ระยะเวลาดำเนินการ	พ.ศ. 2562 – 2565
พื้นที่/ พื้นที่นำร่อง	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ใน 76 จังหวัด
กลุ่มเป้าหมาย	พ.ศ. 2563 พัฒนาศักยภาพให้กับ อพม. จำนวน 5,320 คน และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจำนวน 74,000 คน
เป้าหมาย	ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ตัวชี้วัด: 1. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทางสังคม: 74,000 คน 2. ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี: ร้อยละ 90 3. ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในปี 2563: ร้อยละ 100 4. ค่าใช้จ่ายอยู่ภายในวงเงินงบประมาณที่ได้รับ: ร้อยละ 100
รายละเอียด	แผนโครงการฝึกอบรมอาสาสมัครในปีงบประมาณ 2563 **1. กระบวนการ/ วิธีดำเนินงาน:** จัดประชุม จัดสรรงบประมาณสำหรับการฝึกอบรมและติดตาม จัดประชุมเครือข่าย อพม. จัดทำคู่มือและสื่อสำหรับ อพม. กำกับดูแล/ติดตาม

	2. ผลลัพธ์ของโครงการ: - มีการขับเคลื่อนการดูแล การเฝ้าระวัง และกลไกการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม - ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีในการดำเนินชีวิต **3. งบประมาณโครงการ: 84,663,800 บาท** - ปี พ.ศ. 2563: 9,516,400 บาท - ส่วนกลาง: 3,436,400 บาท - ส่วนภูมิภาค: 6,080,000 บาท
ที่มา	แนวทางโครงการฝึกอบรมอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุ

4) ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาว

นโยบาย/ ชื่อโครงการ	ตัวชี้วัดความสำเร็จของการจัดระบบการดูแลระยะยาว
สถานะปัจจุบัน	อยู่ระหว่างดำเนินการ
ระยะเวลาดำเนินการ	ปีงบประมาณ 2560 – 2565
กลุ่มเป้าหมาย	ระดับอำเภอ
เป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนในประเทศไทย
รายละเอียด	ร้อยละของอำเภอที่มีระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ รอบการประเมิน 12 เดือน 2563: > ร้อยละ 80 2564: > ร้อยละ 90 2565: > ร้อยละ 95
	ตัวชี้วัด: ร้อยละของอำเภอที่มีระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล 2. มีการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ กรมอนามัย อย่างน้อยตำบลละ 1 ชมรม 3. มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ท้องถิ่น และชุมชน 4. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ/ เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในระดับตำบล
ที่มา	http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1493

3.1.2 สาระสำคัญโดยสรุป

3.1.2.1 สาระสำคัญของพื้นที่นำร่องโดยสรุป

1) จังหวัดนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรีตั้งอยู่ในเขตภาคกลางของประเทศไทย ปัจจุบันมีจำนวนประชากรรวมกว่า 1,200,000 คน ในพื้นที่ 6 อำเภอ ศูนย์บริการด้านสาธารณสุขในจังหวัดนนทบุรีมีทั้งหมด 83 แห่ง ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง และ รพ.สต. 76 แห่ง ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข[7]

จากการสัมภาษณ์พบว่า การให้บริการการดูแลระยะกลางในจังหวัดนนทบุรีเริ่มต้นจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในฐานะโรงพยาบาลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน 3 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง

[7] https://nbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0

และบาดเจ็บทางไขสันหลัง ทั้งนี้ โรงพยาบาลอื่นๆ ก็ให้การรักษาผู้ป่วยระยะเฉียบพลันด้วยเช่นกัน ภายหลังการรักษาชีวิตของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน 2-3 วัน โดยทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลจะส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการดูแลระยะกลางต่อไป อาทิ รพ. บางกรวย รพ. บางบัวทอง 2[8] หรือโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยบางรายยังคงรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าต่อ แม้ปัจจุบันโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจะให้บริการจนเกินความสามารถในการรองรับผู้ป่วยแล้วก็ตาม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการดูแลระยะกลาง เพื่อเพิ่มระยะเวลาการรักษาพยาบาลและประเมินการให้บริการการดูแลระยะกลางตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ ศูนย์สิรินธรฯ ยังได้จัดหาบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรีอีกด้วย ต่อมา ภายหลังการดูแลระยะกลาง ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาเพื่อส่งต่อเข้าสู่โปรแกรมการดูแลที่บ้านหรือ ที่ศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน (ขึ้นอยู่กับพื้นที่แต่ละอำเภอ) เพื่อรับการดูแลระยะยาวโดยพยาบาลนักกายภาพบำบัด และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2563 ระบุว่า ปัจจุบัน องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีมีศูนย์ดูแลตอนกลางวันอยู่ทั้งหมด 41 แห่ง

โดยรวมพบว่า การดำเนินงานโครงการ S-TOP ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการเป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่วางไว้ อย่างไรก็ตาม ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้โรงพยาบาลต่างๆ ที่ร่วมดำเนินงานต้องเลื่อนกิจกรรมบางส่วนของโครงการออกไป เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการควบคุมการแพร่ระบาดของรัฐบาล อาทิ การฝึกอบรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะทางวิชาการสำหรับแพทย์ รวมทั้งกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวก็ต้องเลื่อนออกไปด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ดี การพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการเป็นประเด็นที่โรงพยาบาลผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญมากที่สุดในการให้บริการที่ไร้รอยต่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติการเช่นเดียวกับในสถานการณ์ปกติ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมต่างๆ ทำได้อย่างยากลำบากภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าว ในขณะเดียวกันพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพก็เป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับการดำเนินโครงการเช่นกัน ปัจจุบัน จำนวนแพทย์ในจังหวัดมีไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่มีจำนวนมากในโรงพยาบาล ทางด้านคุณภาพพบว่า พื้นที่มีศักยภาพและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะการฟื้นฟูเฉพาะทางอยู่ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีความร่วมมือกับสถาบันสิรินธรฯ ในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ด้วยภาระงานที่มากเกินไปทำให้บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้อย่างต่อเนื่อง

จุดแข็งของจังหวัดนนทบุรีในการให้บริการดูแลที่ไร้รอยต่อ ได้แก่ (1) ความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในจังหวัด เนื่องจากการให้บริการการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน การดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะยาวนั้น ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างยิ่งยวดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็วและถูกต้อง เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมและการดูแลทางสังคมที่มีประสิทธิผล และ (2) จากผลการสัมภาษณ์พบว่า การประสานงานระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และชุมชนในท้องถิ่น นับเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการจัดบริการการดูแลสุขภาพเพื่อการดูแลที่ไร้รอยต่อ ความเป็นหุ้นส่วนที่เข้มแข็งของชุมชนในท้องถิ่นส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการดำเนินโครงการหลังเสร็จสิ้นโครงการ รวมถึงการดำเนินการบริการดูแลผู้ป่วยระยะยาวภายหลังจากได้รับการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลด้วย จึงกล่าวได้ว่า เครือข่ายโรงพยาบาลในพื้นที่นำร่องจังหวัดนนบุรี น่าจะกลายเป็นต้นแบบในการจัดบริการดูแลด้านสุขภาพและสังคมอย่างไร้รอยต่อ ที่มีการวางแผนและเป็นลำดับขั้นตอน ตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันจนถึงการดูแลระยะยาว ตลอดจนความเป็นหุ้นส่วนในชุมชนที่เข้มแข็ง

2) จังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ข้อมูลสถิติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ระบุว่า จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนประชากรรวมประมาณ 1,700,000 คน ใน 25 อำเภอ หน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง รพ.สต. 267 แห่ง และศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน 7 แห่ง นอกจากหน่วยบริการภายใต้กระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขอีก 9 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนอีก 15 แห่ง[9]

[8] โรงพยาบาลแห่งนี้มีศักยภาพที่จะเป็นโรงพยาบาลฟื้นฟูเฉพาะทางของจังหวัด

[9] https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/all_it.php

จากผลการสัมภาษณ์พบว่า ในจังหวัดเชียงใหม่ มีโรงพยาบาล 2 แห่งที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยทั่วไปแล้ว หลังจากการรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ตามสิทธิการรักษาพยาบาลตามพื้นที่ ทั้งนี้ ในจังหวัดเชียงใหม่ มีการแบ่งพื้นที่การบริการทางการแพทย์ออกเป็น 4 พื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง เพื่อการดูแลระยะกลางโดยเฉพาะ ได้แก่ รพ. สารภี รพ. ฝาง รพ. จอมทอง รพ. สันป่าตอง และ รพ. สันทราย โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่สามารถให้บริการได้ในรูปแบบการจัดเตียงสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง ยกเว้นโรงพยาบาลสารภีที่มีหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลระยะกลางโดยเฉพาะ ซึ่งมีศักยภาพอย่างมากในการให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อมา หลังจากได้รับการดูแลระยะกลาง ซึ่งโดยปกติจะใช้เวลานานสุด 6 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพและถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลระยะยาวที่ รพ.สต. และศูนย์ดูแลตอนกลางวันซึ่งมีอยู่ 7 แห่ง หรือเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โดยขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพและความตกลงของทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

โดยทั่วไปพบว่า การดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัดเชียงใหม่ยังคงดำเนินไปตามแผนตั้งแต่ต้น[10] อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้พื้นที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบและเลื่อนกิจกรรมบางอย่างออกไป เช่น โปรแกรมการฝึกอบรม เป็นต้น นอกจากนี้ การดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการก็อาจต้องเลื่อนออกไปด้วย เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังไม่มีความพร้อมที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะทางสำหรับการดูแลระยะกลาง เนื่องจากทรัพยากรบุคคลด้านการดูแลสุขภาพมีจำกัด รวมทั้งอุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ และเจ้าหน้าที่ที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูก็มีไม่เพียงพอ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของจังหวัด ทั้งนี้ อาจมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมจากการฝึกอบรมแบบเข้มข้น เป็นการฝึกปฏิบัติงานจริงให้กับหน่วยงานเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในขณะเดียวกัน การจัดทำข้อมูลรายรับและต้นทุนก็ไม่ได้อยู่ในการดำเนินงานในระดับจังหวัด เนื่องจากประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับกรอบนโยบายระดับชาติและหลักประกันสังคมแห่งชาติ

ความท้าทายหลักของจังหวัดเชียงใหม่ในการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการการดูแลอย่างไร้รอยต่อผ่านการดำเนินโครงการ ได้แก่ ประการแรก ความไม่เสถียรของระบบข้อมูลการส่งต่อที่มีอยู่ อย่างไรก็ตามพบว่า โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาเป็นผู้นำในการใช้โปรแกรม Thai COC สำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งสามารถเป็นตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่ดีให้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในจังหวัดได้ ในส่วนการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อการประสานส่งต่อสำหรับการดูแลระยะกลางนั้นพบว่า ความแตกต่างในศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เป็นอีกหนึ่งความกังวลที่อาจมีผลต่อการดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ อย่างไรก็ตาม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแผนที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ด้วย ทั้งนี้ แม้โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปจะมีศักยภาพสูง แต่มีโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะทางเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อสำหรับการดูแลระยะกลางได้ เป้าหมายระยะยาวของโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่นำร่องคือ การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียและสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลระยะกลางและสร้างเสริมความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ อย่างไรก็ดี บทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นด้านความเป็นหุ้นส่วนที่เข้มแข็งกับชุมชนในพื้นที่ สามารถเป็นแบบอย่างในการดำเนินงานเพื่อให้บริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างไร้รอยต่อในจังหวัดเชียงใหม่ได้

3) จังหวัดขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่นตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในปี 2561 จังหวัดขอนแก่นมีประชากรรวมประมาณ 1,800,000 คน ใน 26 อำเภอ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 เขตบริการสุขภาพ โดยร้อยละ 13.67 ของประชากรมีอายุมากกว่า 60 ปี และร้อยละ 11.38 ของประชากรมีอายุมากกว่า 65 ปี จากข้อมูลสถิติของจังหวัด อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในจังหวัดเท่ากับ 76.1 ปี หน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 25 แห่ง รพ.สต. 248 แห่ง และศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน 7 แห่ง[11]

[10] จังหวัดเชียงใหม่เป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่องแห่งใหม่ของโครงการ S-TOP project เช่นเดียวกับจังหวัดภูเก็ตและโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

[11] https://r7.moph.go.th/kkphostrategy/mobile/index.html

จากการสัมภาษณ์พบว่า การดำเนินงานการดูแลอย่างไร้รอยต่อในจังหวัดขอนแก่นเริ่มต้นจากโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป ที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในและผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง จังหวัดขอนแก่นมีโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง เป็นโรงพยาบาลหลักที่สามารถให้ การรักษาระยะเฉียบพลันได้ และมีโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยให้เข้ารับการดูแลระยะกลางจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 22 แห่ง ซึ่งสามารถให้บริการการดูแลระยะกลางได้หลังจากการดูแลฟื้นฟูด้วยกระบวนการดูแลระยะกลางตามสภาวะสุขภาพและการตัดสินใจจากทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนแล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยัง (1) รพ.สต. เพื่อรับการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หรือ (2) โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการติดตามโดยทีมงานของโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ในแผนระยะยาว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นมีแผนที่จะจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเติม คือ โรงพยาบาลขอนแก่น 2 ซึ่งจะมีหอผู้ป่วยระยะกลางเพื่อการให้บริการฟื้นฟูอย่างเข้มข้น

การดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัดขอนแก่นตั้งแต่เริ่มโครงการมีความคืบหน้าอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมส่วนใหญ่ของโครงการมีการดำเนินงานเป็นไปตามแผนโดยตลอด จนกระทั่งเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 การแพร่ระบาดดังกล่าวส่งผลให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ส่วนใหญ่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดโดยเร่งด่วน จึงทำให้กิจกรรมโครงการต้องถูกเลื่อนออกไปจากแผนปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการกำลังดำเนินไปตามแผนและควรมีการพัฒนาเพื่อให้มีรูปแบบการดูแลเพื่อการฟื้นฟูที่ได้มาตรฐานและบริการดูแลแบบไร้รอยต่อที่มีคุณภาพสูงตามเป้าหมายระยะยาว โรงพยาบาลชุมชนเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 2 แห่ง ที่จัดตั้งขึ้นใหม่จะช่วยยกระดับคุณภาพ การบริการของการดูแลระยะกลางและสนับสนุนการดูแลอย่างไร้รอยต่อได้อย่างราบรื่น ปัญหาที่เป็นความท้าทายประการหนึ่งสำหรับการดำเนินโครงการคือ ข้อจำกัดในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉพาะทาง โปรแกรมการฝึกอบรมและการถ่ายทอดความรู้ด้านการบำบัดฟื้นฟูมี ความจำเป็นอย่างมากเพื่อสนับสนุนการทำงานของระบบการดูแลอย่างไร้รอยต่อที่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลขอนแก่นส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายผ่านโปรแกรมข้อมูลการส่งต่อชื่อว่า Stroke @BI ซึ่งมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการดูแลอย่างไร้รอยต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ โรงพยาบาลมีแผนที่จะพัฒนาโปรแกรมข้อมูลการส่งต่อเพื่อขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมโรคอื่นๆ ต่อไป ระบบการถ่ายโอนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยส่งผลโดยตรงให้เกิดการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นยังขาดการมีส่วนร่วมและความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความยั่งยืนของการดำเนินโครงการหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ จังหวัดอาจประยุกต์บทเรียนจากประเทศญี่ปุ่นหรือพื้นที่นำร่องอื่นๆ ไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนและมีประสิทธิผล

4) จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จังหวัดสุราษฎร์ธานีตั้งอยู่ในเขตภาคใต้ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรทั้งหมดประมาณ 850,000 คน จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 11,188 คน มีโรงพยาบาลและหน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 219 หน่วย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 แห่ง รพ.สต. 167 แห่ง นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงอีก 12 แห่ง ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลเอกชนด้วย ในส่วนสถานการณ์ด้านสุขภาพพบกว่า อัตราส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยเฉลี่ยต่อปีของจังหวัดอยู่ที่ 2.85 ครั้ง และอัตราส่วนการให้บริการผู้ป่วยใน โดยเฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ 4.44 วัน โรคและสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรกของจังหวัด ได้แก่ (1) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (2) โรคชรา และ (3) ภาวะหัวใจล้มเหลว[12]

[12] https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

จากข้อมูลนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการการระบุว่า การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เริ่มต้นที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาในระยะเฉียบพลันและประเมินผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับการดูแลระยะกลาง หลังจากการรักษาดูแลและคัดกรองผู้ป่วยระยะเฉียบพลันแล้ว โรงพยาบาลจะส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย 19 แห่ง ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ดี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเองก็ให้บริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกให้กับผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษากับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีด้วย หนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนหลักในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลระยะกลางในจังหวัดคือ โรงพยาบาลพุนพิน ซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของโครงการ S-TOP ทั้งนี้ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีข้อตกลงกับโรงพยาบาลพุนพินในการส่งต่อผู้ป่วยใน ซึ่งมาจากพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อรับการดูแลระยะกลาง เนื่องจากโรงพยาบาลพุนพินมีความสามารถในการให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ โรงพยาบาลชุมชนอำเภอบ้านนาเดิมซึ่งเป็นโรงพยาบาลภายใต้โครงการ S-TOP นั้น ได้มีการให้บริการการดูแลระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการดูแลระยะกลางที่บ้าน ด้วยความร่วมมืออย่างเข้มข้นกับ รพ.สต. และเทศบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลชุมชนแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินคะแนน BI และการตรวจสภาวะสุขภาพโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้จัดการการดูแลเพื่อจัดทำแผนการดูแลระยะยาว ในกรณีที่ผลการประเมินคะแนน BI ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลจะส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยจัดโปรแกรมการดูแลที่บ้านรายบุคคลเพื่อการดูแลระยะยาวต่อไป แต่หากผู้ป่วยมีคะแนน BI ต่ำกว่า 15 และมีความบกพร่องอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง จากนั้นจะได้รับการส่งต่อไปยังศูนย์ดูแลตอนกลางวันเพื่อรับบริการการดูแลระยะยาว

จากผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่า กิจกรรมที่มีความคืบหน้ามากที่สุดสำหรับการดำเนินงานโครงการ S-TOP ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี คือ การพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการ (ตั้งแต่เริ่มดำเนินการโครงการ) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้การดำเนินโครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการต้องถูกเลื่อนออกไป เนื่องจากมีบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพที่จำกัดและสถานการณ์ที่ยากลำบาก แผนงานระยะยาวของ สสจ. คือ การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนเครือข่ายทั้งหมดในการให้บริการการดูแลระยะกลาง อย่างไรก็ตาม กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความคืบหน้าอย่างมาก เนื่องจากได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ปัจจุบัน การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพยังขาดระบบข้อมูลที่สม่ำเสมอและแน่นอนในการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ประเด็นดังกล่าวนี้นับเป็นความท้าทายที่สำคัญที่สุดสำหรับการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว สสจ. ได้พัฒนาระบบ SMART COC เพื่อเป็นระบบส่งต่อข้อมูลที่จัดทำขึ้นใหม่สำหรับใช้งานภายในโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งยังอยู่ในขั้นทดลอง ปัญหาที่ท้าทายอีกประการหนึ่งสำหรับการดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัดคือ การบริหารจัดการด้านการเงินสำหรับบริการทางการแพทย์ การดำเนินงานบริการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวเป็นการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างใหม่สำหรับสังคมไทย ดังนั้น ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีอยู่เดิม จึงยังไม่สามารถตอบสนองต่อบริการการดูแลระยะกลางในปัจจุบันได้มากนัก ดังนั้น ควรมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเฉพาะ สำหรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว และมีการจัดหมวดหมู่การจ่ายค่ารักษาพยาบาลใหม่ ให้สอดคล้องกับการประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ดี ประเด็นดังกล่าวต้องอาศัยการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมจากหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เป็นกรอบนโยบายระดับชาติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานการจัดบริการการดูแลอย่างไร้รอยต่อที่มีประสิทธิภาพ

5) จังหวัดนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของ สสจ. ระบุว่า ร้อยละ 16.30 ของประชากรทั้งหมดมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรงพยาบาลและหน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง และ รพ.สต. 347 แห่ง นอกจากหน่วยบริการด้านการดูแลสุขภาพภายใต้กำกับกระทรวงแล้ว ยังมีโรงพยาบาลที่อยู่นอกกำกับอีกจำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนอีก 9 แห่ง ทางด้านสถานการณ์ด้านสุขภาพในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยอยู่ที่ 8.3 ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการเกิดอยู่ที่ 8.66 ต่อประชากร 1,000 คน โรคหลักและสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรกของจังหวัด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบประสาท และภาวะเลือดเป็นพิษ ตามลำดับ[13]

สำหรับขั้นตอนการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในจังหวัดนครราชสีมานั้น เริ่มที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาในระยะเฉียบพลันและดูแลระยะกลาง ในรูปแบบผู้ป่วยในระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์จะประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วยภายหลังพ้นระยะวิกฤติ ในกรณีที่คะแนน BI สูงกว่าหรือเท่ากับ 75 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ด้วยการหารือร่วมกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังจัดให้มีการเฝ้าระวังติดตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC ด้วย สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน BI ต่ำกว่า 75 และมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไปนั้น โดยทั่วไป ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเข้ารับการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลชุมชน

บริการการดูแลระยะกลางแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (1) การดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน ซึ่งให้บริการในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[14] หรือโรงพยาบาลหัวทะเล และโรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียงสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (2) การดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปพักฟื้นที่โรงพยาบาลชุมชน และ (3) ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออก โดยได้รับการดูแลในรูปแบบโปรแกรมการฟื้นฟูที่บ้านพร้อมกับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามและประเมินสภาวะสุขภาพ โดยตลอดระยะเวลาการดูแลดังกล่าว ทีมแพทย์จะประเมินคะแนน BI ทุกเดือนเป็นระยะเวลาสูงสุด 6 เดือน สำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบครบเวลา ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีคะแนน BI 100 คะแนน และไม่มีความบกพร่อง (ไม่มีภาวะพึ่งพิง) จะได้รับการจำหน่ายออกจากโปรแกรม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการส่งต่อเข้ารับการดูแลระยะยาวที่ รพ.สต. ในกรณีที่มีคะแนน BI ต่ำกว่า 95 และมีความบกพร่องมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป (ต้องการความช่วยเหลือ)ทางด้านการเงิน สปสช. เขตพื้นที่ มีการจ่ายเงินเพิ่มเติมให้สำหรับการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน เป็นจำนวนเงิน 1,000 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป และ 3,000 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เช่นเดียวกับจังหวัดชลบุรี

การดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัดนครราชสีมาเริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 โดยคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายและจัดตั้งระบบบริการการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล 33 แห่ง ของจังหวัด การดำเนินงานในช่วงแรกของโครงการเน้นไปที่การฝึกอบรมเพื่อแนะนำการใช้ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย Thai COC และการพัฒนาศักยภาพทางด้านวิชาการให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้พบว่า ในส่วนของการชี้แจงและการติดตั้งระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย Thai COC ในโรงพยาบาลเครือข่ายนั้นมีปัญหาทางเทคนิคในการเชื่อมโยงข้อมูลของโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป กับโปรแกรมการดูแลฟื้นฟูที่บ้านและศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งเกิดปัญหาเกี่ยวกับความไม่เข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการเข้าถึงระบบข้อมูล อย่างไรก็ดีพบว่า จังหวัดมีการดำเนินงาน โครงการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาบริการการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ (1) การพัฒนาแผนผังการดูแลเพื่อการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม (2) การปรับปรุงวิธีการประเมินการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (3) การพัฒนาการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกและโปรแกรมการฟื้นฟูที่บ้าน และ (4) การพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ ทั้งนี้ การพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการด้านการดูแลสุขภาพในจังหวัดยังอยู่ระหว่างดำเนินการ ซึ่งจำเป็นต้องสร้างการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มากขึ้นเพื่อการให้บริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุม การกำหนดเวลาการรักษาที่นานขึ้น และการเดินทางที่สะดวกสบาย

6) กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตภาคกลาง จากข้อมูลพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตหลัก 3 โรคแรกของประชากรในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ (1) ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (2) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และ (3) โรคปอดบวม สำหรับหน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ในกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด 45 แห่ง แบ่งออกเป็นโรงพยาบาลภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข 34 แห่ง และโรงพยาบาลภายใต้กำกับของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 11 แห่ง ประเด็นท้าทายหลักของการดำเนินงานบริการดูแลสุขภาพในพื้นที่คือ จำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น และการขยายตัวอย่างรวดเร็วของชุมชนเมืองในกรุงเทพฯ ซึ่งสวนทางกับความพร้อมในการรองรับผู้รับบริการของหน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งประเด็นเหล่านี้นับเป็นความท้าทายขององค์กรที่เกี่ยวข้องที่จำเป็นต้องพิจารณาจัดทำนโยบายรองรับและแก้ปัญหา

[13] https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

[14] โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมามีหอผู้ป่วยฟื้นฟูที่ให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่เมื่อ 10 กว่าปีที่แล้ว ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่โดดเด่นมากเมื่อเทียบกับพื้นที่นำร่องอื่นๆ ของโครงการ S-TOP

จากข้อมูลการนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการเกี่ยวกับภาพรวมของการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานครพบว่า หน่วยให้บริการทางการแพทย์ในกรุงเทพมหานครให้บริการที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางของการถ่ายทอดนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล 11 แห่ง อยู่ภายใต้การอนุญาตและการดูแลของสำนักการแพทย์ กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นระบบที่มีความเสถียรและเป็นจุดแข็งของการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในกรุงเทพฯ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่จะอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย ทั้งในแง่ของปริมาณและคุณภาพ แต่สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ ก็ยังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากประชากรในเขตเมืองมีความหนาแน่นสูง นอกจากนี้ ถึงแม้ในกรุงเทพฯ จะมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การตรวจและรักษาทางการแพทย์ขั้นสูงอยู่จำนวนมาก แต่ก็มีความสามารถในการจัดหาเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยอย่างจำกัด[15]

บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในกรุงเทพฯ เป็นการดำเนินการแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล สำนักการแพทย์ของกรุงเทพฯ สำนักงานเขต กรมอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข โดยขั้นตอนการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเริ่มจากโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิขั้นสูง ลงไปสู่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและ/หรือโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่ของโครงการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในและบริการสำหรับผู้ป่วยโรคซับซ้อน ภายหลังพ้นระยะวิกฤติ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลระยะกลางเพื่อพักฟื้นที่โรงพยาบาล ต่อเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมการดูแลระยะกลางตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชนหรือกลับบ้าน ซึ่งจะได้รับการดูแลในรูปแบบโปรแกรมการดูแลที่บ้านต่อไป โรงพยาบาลราชพิพัฒน์มีแผนที่จะขยายหอผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลางและจะเปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการในปี 2564

สำหรับการดำเนินโครงการ S-TOP โรงพยาบาลเครือข่ายพยายามพัฒนาและปรับปรุงการส่งมอบบริการการดูแลระยะกลางของพื้นที่ด้วย การพัฒนาโปรแกรมการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้มีการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของกรุงเทพฯ และกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีความแตกต่างกัน ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยผ่านแนวทางขั้นตอนการบริการด้านการดูแลสุขภาพยังมีความไม่สมบูรณ์และต้องได้รับการพัฒนา กิจกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลมีการดำเนินงานได้อย่างราบรื่นตามแผนปฏิบัติการ โดยมีการจัดส่งบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลเครือข่ายเข้ารับการฝึกอบรมทางวิชาการ กิจกรรมการพัฒนาระบบข้อมูล การส่งต่อระหว่างหน่วยให้บริการด้านสุขภาพและสำนักงานเขตมีความยากลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ แบบชั่วคราวและกลับภูมิลำเนาของตน หลังจากได้รับการดูแลระยะกลาง ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการลงเยี่ยมติดตามและบันทึกข้อมูลส่งกลับไปยังสำนักงานเขตตามแผนที่วางไว้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการในกรุงเทพฯ มีความโดดเด่นในแง่ของความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่ ภายใต้การริเริ่มเชิงนโยบาย โครงการ ‘หนึ่งชุมชน หนึ่งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ’ ซึ่งมีโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และชุมชนเป็นผู้คัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุและสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์ ขณะที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์เป็นผู้สนับสนุนและจัดอบรมให้กับผู้ดูแลดังกล่าว

7) จังหวัดชลบุรี

จังหวัดชลบุรีตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย มีประชากรทั้งหมด 1,209,366 (ณ เดือนพฤษภาคม 2563) โดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 178,975 คน (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จากข้อมูลสถิติของ สสจ. ชลบุรี ระบุว่า จังหวัดชลบุรีมีบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับ รวม 12,116 คน มี หน่วยให้บริการดูแลสุขภาพที่อยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขรวม 155 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 แห่ง และ รพ.สต. 118 แห่ง สำหรับสถานการณ์ด้านสุขภาพในจังหวัดชลบุรีพบว่า โรคและสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรกของจังหวัด ได้แก่ (1) ภาวะหัวใจล้มเหลว (2) โรคชราและ (3) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ไม่ระบุชนิด)

จากข้อมูลนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ โรงพยาบาลชลบุรีและบางละมุงเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปหลัก ของพื้นที่ ซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในและบริการฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง ในระยะเฉียบพลัน หลังจากผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติและมีอาการคงที่แล้ว

[15] http://www.msdbangkok.go.th/dowload%20file/Plan/plan4years.pdf

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินคะแนน BI ในกรณีที่คะแนน BI มากกว่าหรือเท่ากับ 15 และไม่มีความบกพร่องมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โดยมีการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลชุมชน ในกรณีที่ผลการประเมินคะแนน BI ต่ำกว่า 15 หรือสูงกว่า 15 แต่มีความบกพร่องมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป ทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนตามศักยภาพและบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งในกระบวนการนี้จะให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจร่วมด้วย ในระหว่างการดูแลระยะกลาง ทีมแพทย์จะทำการประเมินคะแนน BI ทุก 1-2 เดือนจนกว่าจะสิ้นสุดการดูแล (นานสุด 6 เดือน) จากนั้นจะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแลระยะยาวที่ รพ.สต. หรือจำหน่ายกลับบ้านต่อไป

ที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินงานโครงการ S-TOP ในจังหวัดชลบุรี มุ่งเน้นไปที่การพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการการดูแลระยะกลาง การพัฒนาระบบข้อมูลการส่งต่อ และเพิ่มการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ โรงพยาบาลเครือข่ายกำลังพัฒนาศักยภาพของตนเพื่อให้บริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยในและพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะกลาง โดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับชุมชน กิจกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลส่วนใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะทางของบุคลากรทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ทั้งนี้คาดว่า การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านจะช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีการวางแผนการใช้งานโปรแกรม smart COC สำหรับการดูแลระยะกลางและ Google drive เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อสำหรับการบริการดูแลที่ไร้รอยต่อในจังหวัดชลบุรีอีกด้วย

โดยทั่วไปพบว่า การดำเนินงานโครงการอยู่ระหว่างดำเนินการและมีการดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ตามแผนงาน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปในจังหวัดชลบุรียังขาดความพร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งขาดโครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุม การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลระยะกลางจาก สปสช. เป็นระบบการจ่ายเงินเพิ่มเติม ซึ่งจัดสรรเงินสนับสนุนให้กับโรงพยาบาล ต้นทาง (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) ในอัตรา 1,000 บาทต่อราย และโรงพยาบาลปลายทาง (โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะกลาง) ในอัตรา 3,000 บาทต่อราย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม และโรงพยาบาลอีก 5 แห่ง ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า ควรมีการจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเป็น 2,000 บาทต่อราย สำหรับโรงพยาบาลต้นทาง และ 5,000 บาทต่อรายสำหรับโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่รับการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในไม่สามารถรับค่าชดเชยสำหรับห้องผู้ป่วยในได้ นอกจากนี้ ความท้าทายสำคัญในการดำเนินงานบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในจังหวัดชลบุรีคือโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมและห้องพักฟื้นที่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

8) จังหวัดภูเก็ต

จังหวัดภูเก็ตเป็นเกาะที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ ตั้งอยู่ในเขตภาคใต้ของประเทศไทย ปัจจุบันมีประชากรรวม 263,917 คน (ณ เดือนพฤษภาคม 2563) จากข้อมูลสถิติของ สสจ. ภูเก็ต ระบุว่า จังหวัดมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในทุกระดับรวมทั้งหมด 4,486 คน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข 1,973 คน มีหน่วยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่อยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุขรวม 32 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง รพ.สต. 21 แห่ง และหน่วยให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ 4 แห่ง สำหรับสถานการณ์ด้านสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต พบว่า อัตราส่วนบริการแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โดยเฉลี่ย รายปีของจังหวัดอยู่ที่ 2.50 ครั้ง และอัตราส่วนการให้บริการของแผนกผู้ป่วยใน (IPD) โดยเฉลี่ย รายปีอยู่ที่ 4.71 วัน ทั้งนี้ โรคและสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรกของจังหวัด ได้แก่ (1) โรคชรา (2) โรคที่ไม่สามารถระบุได้ และ (3) ภาวะหัวใจล้มเหลว[16]

[16] https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

จากข้อมูลนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ S-TOP ครั้งที่ 2 จังหวัดภูเก็ตมีแผนพัฒนาขั้นตอนการทำงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยระยะเฉียบพลันไปยังโรงพยาบาลชุมชน ในรูปแบบผู้ป่วยใน ด้วยการให้บริการจากพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในโรงพยาบาลเครือข่าย 3 แห่ง เพื่อพัฒนาระบบการส่งมอบบริการ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงการดูแลระยะกลางของผู้ป่วยในภูเก็ตยังมีอยู่จำกัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่เต็มใจที่จะรับการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชนก็ยังไม่ได้รับการยอมรับที่ดีและโรงพยาบาลก็ยังขาดพยาบาลที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลและประสานงานในการส่งต่อ ส่วนกรณีของการฟื้นฟูในชุมชนหรือที่บ้านนั้นพบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่เต็มใจที่จะรับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ นอกจากนี้ ความพร้อมของบุคลากรด้านการแพทย์ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญในการดำเนินงานด้านการดูแลที่ไร้รอยต่อ เนื่องจากนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด มีบทบาทสำคัญอย่างมากให้การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น โรงพยาบาลเครือข่ายจึงจำเป็นต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและนักแก้ไขการพูดที่มีความเชี่ยวชาญเพิ่มมากขึ้น

ระบบข้อมูลการส่งต่อเป็นอีกความท้าทายสำหรับการพัฒนาการดูแลระยะกลาง ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารโครงการแบบฟอร์มการส่งต่อปัจจุบัน มีข้อมูลที่มากเกินไปและยากต่อการประมวลผล ทิศทางของระบบข้อมูลการส่งต่อยังไม่ชัดเจน และการรวบรวมข้อมูลยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงระบบข้อมูลส่งต่อ ด้วยการจัดการข้อมูลที่เป็นระบบและพัฒนาแบบฟอร์มข้อมูลให้กระชับและสะดวกยิ่งขึ้น เพื่อให้การดำเนินการดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน ประเด็นด้านการเงินก็เป็นเรื่องที่น่ากังวลในการจัดบริการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ ระบบการจ่ายเงินในปัจจุบันยังไม่สอดคล้องกับการดูแลระยะกลาง เนื่องจากค่าตอบแทนที่ได้รับจาก สปสช. ยังไม่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง และการกระจายงบประมาณก็ยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินการทางการแพทย์

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล เทศบาลเมืองภูเก็ต และองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะแก้ว ทั้งนี้ เทศบาลทั้ง 2 แห่ง มีแผนจัดตั้งศูนย์ดูแลตอนกลางวันเพื่อการดูแลภายหลังการฟื้นฟูระยะกลางและการดูแลผู้สูงอายุต่อหลังจากโรงพยาบาล

3.1.2.2 สาระสำคัญของหน่วยงานระดับกระทรวงโดยสรุป

1) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยที่มีหน้าที่หลักในการกำกับดูแลงานด้านสาธารณสุขของประเทศ ปัจจุบัน ทิศทางนโยบายและกรอบการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายมุ่งเน้นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) เพื่อให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) วาระขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) เนื้อหาของแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขฉบับนี้ประกอบด้วย สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สภาวะสุขภาพ และยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข[17]

จากการคาดการณ์พบว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีกไม่นาน โดยคาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ภายในปี 2564 การเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุจึงเป็นวาระแห่งชาติที่สำคัญ ซึ่งไม่เพียงแต่จำกัดอยู่เพียงการเตรียมความพร้อมด้านความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเท่านั้น การดำเนินนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ **“นโยบายการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ: การดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างไร้รอยต่อ”** เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านของประเทศไทยจากสังคมกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว ภายใต้นโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนารูปแบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนระดับตำบลขึ้น เพื่อให้การดูแลที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุกลุ่ม “ติดบ้าน” และ“ ติดเตียง” ซึ่งแบ่งกลุ่มโดยการประเมิน ADL และมีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล รวมทั้งโครงการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพด้วย จากข้อมูลตัวชี้วัดความสำเร็จด้านการดูแลระยะยาว

[17] โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมามีหอผู้ป่วยฟื้นฟูที่ให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่เมื่อ 10 กว่าปีที่แล้ว ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่โดดเด่นมากเมื่อเทียบกับพื้นที่นำร่องอื่นๆ ของโครงการ S-TOP

ณ เดือนกันยายน 2563 แสดงให้เห็นว่า **“ร้อยละ 92.93% ของตำบลที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนมีคะแนนผ่านเกณฑ์”** ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าอย่างชัดเจนของการให้บริการการดูแลระยะยาว ต่อจากการพัฒนาการบริการการดูแลระยะยาว กระทรวงสาธารสุขให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการพัฒนาการดูแลระยะกลาง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะถดถอยของร่างกายอันเป็นสาเหตุมาจากโรคบางชนิดที่ส่งผลให้ผู้ป่วย อาทิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางไขสันหลัง มีแนวโน้มที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวในภายหลัง ตลอดจนเชื่อมโยงไปสู่การดูแลโดยชุมชน ตามกรอบนโยบายสนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงานบริการการดูแลระยะกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง **“การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)”** และเผยแพร่เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและสร้างให้เกิดการดำเนินงานบริการดูแลผู้สูงอายุที่ไร้รอยต่อในประเทศไทย หลักการของกรอบนโยบายพิจารณาจากบริบทของบริการการดูแลสุขภาพของไทยมุ่งเน้นเพิ่มประสิทธิผลในการบริหารจัดการทรัพยากรและขีดความสามารถตามหลักฐานทางวิชาการ ถอดบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากแนวทางปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาการดูแลสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ และเชื่อมโยงกับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนที่มีอยู่เดิม ในช่วงต้นของนโยบายดังกล่าวครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลังที่พ้นระยะวิกฤติแล้ว วัตถุประสงค์ของการพัฒนาบริการการดูแลระยะกลาง ได้แก่ (1) เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป (2) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นและลดความบกพร่อง (3) เพื่อเพิ่มอัตราการครองเตียงในระดับจังหวัดหรืออำเภอ (4) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเอง และ (5) เพื่อเชื่อมโยงกับการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับการดำเนินนโยบายในระยะต่อไป อาจพิจารณาขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความพิการ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัด เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ในส่วนโครงการ S-TOP กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลส่วนกลางในการขับเคลื่อนโครงการ ทั้งนี้ มีปลัดกระทรวงเป็นผู้อำนวยการโครงการ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังให้ร่วมมือในการสนับสนุนทางวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางในการดำเนินนโยบายในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง

2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานภาครัฐของไทยที่มีหน้าที่หลักในการกำกับดูแลงานด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตามแผนยุทธศาสตร์ระยะ 3 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ส่งเสริมโอกาสการเข้าถึงบริการทางสังคมบนฐานแห่งความพอเพียง (2) สร้างภูมิคุ้มกันและพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีคุณภาพเต็มตาศักยภาพ (3) ผนึกกำลังทางสังคมจากทุกภาคส่วนให้เป็นกลไกในการพัฒนาสังคม และ (4) เสริมสร้างธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการองค์กรเพื่อก้าวสู่การเป็นหน่วยงานทางสังคมที่มีประสิทธิภาพสูง[18] ในปี พ.ศ. 2558 กรมกิจการผู้สูงอายุได้ถูกก่อตั้งขึ้นภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน้าที่หลักในการส่งเสริมศักยภาพ สวัสดิการและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกันพันธกิจขององค์กร

สถานการณ์ที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้นนับเป็นความท้าทายที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ กรมกิจการผู้สูงอายุได้พัฒนามาตรการเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมสิทธิความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ โดยสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. 2560) พระราชบัญญัติรัฐสภา (พ.ศ. 2546) และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ผ่านการบูรณาการการดำเนินนโยบายของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ภาครัฐและเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการดำเนินนโยบายด้านผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[19]

ทั้งนี้ ได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมเชิงนโยบายในงานด้านสังคมผู้สูงอายุไว้ว่า “ผู้สูงอายุเป็นพฤฒพลัง: มีสุขภาพดี มีความมั่นคงในชีวิต และมีส่วนร่วม ซึ่งอยู่บนหลักการ **“6 sustainable และ 4 change”** ประกอบด้วย 2 มาตรการขับเคลื่อนหลัก ได้แก่ มาตรการที่ 1 มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบ

[18] https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_eng/ewt_news.php?nid=6
[19] http://ebooks.m-society.go.th/ebooks/view/458#page/1

คุ้มครองและสวัสดิการผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีงานทำและมีรายได้ของผู้สูงอายุ พัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ปรับสภาพแวดล้อมชุมชนและบ้านให้ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ จัดตั้งธนาคารเวลาสำหรับการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย และสร้างความรอบรู้ให้คนรุ่นใหม่เตรียมความพร้อมในทุกมิติ และมาตรการที่ 2 มุ่งเน้นยกระดับขีดความสามารถสู่การบริหารจัดการภาครัฐ 4.0 มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับความร่วมมือและเสริมสร้างพลังสังคมสูงอายุ ปรับเปลี่ยนกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ ข้อบังคับให้เอื้อต่อการทำงานด้านผู้สูงอายุ ปฏิรูประบบข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ และพลิกโฉมนวัตกรรมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมสูงอายุ

ในการดำเนินนโยบายระดับประเทศ มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน มีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวม 6 กระทรวง ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการประสานขับเคลื่อนกับหน่วยงานร่วมในประเด็นต่างๆ และมีคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัดและสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ขับเคลื่อนนโยบายในระดับจังหวัด

ในส่วนโครงการ S-TOP ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโครงการร่วม ทั้งนี้ โครงการได้รับการสนับสนุนจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ การสนับสนุนด้านการปรับปรุงบ้าน และอาสาสมัครของกระทรวง ในการดำเนินงานโครงการ ซึ่งนับว่าเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับโครงการ

3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีสถานะเป็นนิติบุคคลภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. ก่อตั้งขึ้นและปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียม ครอบคลุม และเกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมบนหลักฐานข้อมูล[20] ในโครงการ S-TOP เลขาธิการ สปสช. ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการโครงการร่วมกับรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขและรองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ประเทศไทยเริ่มพัฒนาสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 หลักประกันสุขภาพดังกล่าวเพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชาชน ผ่านการปฏิรูปการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2546 - 2550) เสนอแผนงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านกลไกแบบบูรณาการและการจัดเตรียมและบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2551 - 2554) มุ่งเน้นการบริหารจัดการงบประมาณของประเทศที่มีประสิทธิภาพ การร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม และการพัฒนาการบริหารจัดการองค์กร ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความยั่งยืนให้กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านการสร้างความรู้สึกความเป็นเจ้าของให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประสานเชื่อมโยงเข้ากับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการปรับปรุงการสนับสนุนบริการระดับปฐมภูมิ ระยะที่ 4 (พ.ศ. 2560 - 2564) เน้นไปที่การมีส่วนร่วมและความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในการให้บริการที่ดีที่สุดให้แก่ผู้รับประโยชน์

การพัฒนาบริการการดูแลสุขภาพได้รับความสำคัญอยู่ในลำดับต้นนับเป็นวาระแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพรวมอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทุกฉบับ ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายในระดับชาติและการดำเนินนโยบายในระดับพื้นที่ การมีส่วนร่วมและแนวทางปฏิบัติของผู้จัดการ

[20] http://eng.nhso.go.th/view/1/Vision_Mission/EN-US

ด้านสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ ในพื้นที่ โครงการด้านสุขภาพได้รับการตอบรับจากชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งเห็นได้จากผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติตามนโยบาย แม้โครงการต่างๆ จะประสบความสำเร็จ แต่ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพหลายประการ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ ความไม่เสมอภาคทางภูมิศาสตร์ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่เอื้อต่อการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใหญ่ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป และความอ่อนแอในการบังคับใช้กฎหมายจราจร[21]

เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายดังกล่าว สปสช. ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยมีทิศทางและกรอบยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขภายใต้แผนแม่บท ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนบูรณาการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และยุทธศาสตร์ระดับชาติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง[22]

ภายใต้กรอบนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. สนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินงานการดูแลระยะกลางผ่านระบบการจ่ายเงินเพิ่มเติม งบประมาณสำหรับการบริการการดูแลระยะกลางจะได้รับการจัดสรรให้กับโรงพยาบาลต้นทาง (โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป) ในอัตรา 1,000 บาทต่อราย และให้กับโรงพยาบาลปลายทาง (โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะกลาง) ในอัตรา 3,000 บาทต่อราย ในบางพื้นที่เขตสุขภาพ จากผลการสัมภาษณ์ผู้ประสานงานหลักของโครงการจาก สปสช. เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ไม่มีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะเกี่ยวกับการบริการดูแลระยะกลางภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะนี้ สปสช. มีความพยายามที่จะจัดสรรงบประมาณรวมเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายชดเชยให้กับ การบริการการดูแลระยะกลาง อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวยังอยู่ระหว่างการพิจารณาข้อเสนอโครงการ



[21] http://eng.nhso.go.th/assets/portals/1/files/06%20Policy%20Briefing%20Thailand%20%20Good%20Health%20at%20the%20low%20cost.pdf
[22] https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMg==

3.2 การอภิปรายผล

เอกสารการอภิปรายผล
โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ
สารบัญ

บทนำ 31

1. การส่งมอบบริการการดูแลระยะกลาง 32
    1.1) บทบาทของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในการให้บริการที่ไร้รอยต่อ 32
    1.2) ปริมาณของบริการการดูแลระยะกลาง (อุปสงค์และอุปทาน) 32
    1.3) คุณภาพของบริการการดูแลระยะกลาง 33
        1.3.1) การเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ช่วงแรก 33
        1.3.2) การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต 34
        1.3.3) การทำงานเป็นทีม 34
        1.3.4) แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) 35
        1.3.5) ความต่อเนื่อง/ ความถี่ในการเข้ารับบริการดูแลระยะกลางของผู้ป่วย 36
2. บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง 36
    2.1) ระดับประเทศ 36
    2.2) ระดับพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP 37
3. การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง 38
    3.1) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับประเทศ 38
    3.2) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP 38
4. บริการการดูแลระยะยาว 39
    4.1) การส่งมอบบริการ 39
    4.2) การพัฒนาทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลระยะยาว 40
    4.3) การเงินสำหรับการดูแลระยะยาว 41
    4.4) ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนในพื้นที่ 41
5. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 42
    5.1) ระบบการส่งต่อข้อมูลจากการรักษาในระยะเฉียบพลันไปยังการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว 42
    5.2) ความร่วมมือทางวิชาการระหว่างโรงพยาบาลและผู้ให้บริการการดูแลระยะยาวอื่น ๆ 42
    5.3) ระบบข้อมูลย้อนกับจากการดูแลระยะยาวเข้าสู่การรักษาในระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะกลาง 43
6. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวในการดูแลอย่างไร้รอยต่อ โครงการ S-TOP 43
    6.1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 43
    6.2) การพัฒนา/ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ 43
7. การดำเนินงานของโครงการ S-TOP 44
    7.1) การประชุมตามโครงสร้างการดำเนินงาน/ คณะทำงาน (Working Team) 44
    7.2) บทบาทการดำเนินงานของผู้ประสานงานหลักของโครงการ: สธ. พม. และ สปสช. 44
    7.3) ระบบการติดตามและประเมินผลกิจกรรมของพื้นที่โครงการ 45
    7.4) การประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ/ การฝึกอบรมในประเทศ และความร่วมมือทางวิชาการ 45
    7.5) หัวข้อการฝึกอบรมในประเทศและในญี่ปุ่น 46

เอกสารอ้างอิง 47

บทนำ

เอกสารการอภิปรายผลฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสรุปผลการทบทวนการดำเนินงานโครงการ S-TOP ระยะกลาง เอกสารการอภิปรายผลจัดทำขึ้นระหว่างการทบทวนโครงการระยะกลาง ซึ่งดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 วัตถุประสงค์ของการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางคือ เพื่อสะท้อนให้เห็นความสำเร็จของการดำเนินโครงการในช่วงครึ่งแรก (พ.ย. 2560 - มี.ค. 2563) และเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินกิจกรรมในช่วงครึ่งหลัง (พ.ย. 2563 - พ.ย. 2565) ต่อไป

เอกสารอภิปรายผลฉบับนี้ร่างขึ้นจากการศึกษาและวิจัยอย่างเข้มข้นของบริษัท ไอซี เน็ต เอเชีย จำกัด และได้รับการปรับแก้ไขผ่านการหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญโครงการ S-TOP

ต่อมา เอกสารการอภิปรายผลได้รับการปรับปรุงและแก้ไขผ่านการประชุมร่วมกับคณะขับเคลื่อนโครงการ 5 ครั้ง คือ เมื่อวันที่ 7 11 17 24 และ 26 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยมีนายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข) แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน (นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ สถาบันสิรินธรฯ) แพทย์หญิงปิยนุช เสมอวงษ์ (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รองผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลชลบุรี) กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และสมาชิกโครงการ S-TOP (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก 4.1) เข้าร่วม ทั้งนี้ ทิศทางของกิจกรรมที่จะดำเนินงานในช่วงครึ่งหลังของโครงการ S-TOP จะได้รับการตัดสินใจและกำหนดในการประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3 ซึ่งจะจัดขึ้นในเดือนธันวาคม 2563

ข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้รวบรวมมาจากพื้นที่นำร่อง 8 แห่ง ของโครงการ S-TOP เท่านั้น ถึงแม้จะมีบางประเด็นที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ แต่ไม่ได้หมายความว่าเอกสารฯ กล่าวถึงสถานการณ์ของประเทศไทยทั้งหมด ทั้งนี้ มีเพียงประเด็นที่ 2.) ทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลระยะกลาง และ 3.) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง ที่มีเนื้อหาบางส่วนที่กล่าวถึงสถานการณ์และการตอบสนองในระดับประเทศ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ค้นพบในพื้นที่นำร่องซึ่งมีความเชื่อมโยงอย่างมากกับนโยบายและประเด็นระดับชาติ

โครงสร้างพื้นฐานของแต่ละส่วน ประกอบไปด้วย

1. **สถานการณ์ในพื้นที่นำร่อง :** ในบางส่วนจะมีข้อมูลระดับประเทศอยู่ด้วย ซึ่งอาจช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของพื้นที่นำร่องมากขึ้น
2. **การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย :** ในส่วนนี้จะอธิบายถึงการตอบสนองเชิงทฤษฎีและเชิงแนวคิดโดยทั่วไป ซึ่งไม่ได้หมายความว่าต้องมีการบังคับให้ปฏิบัติตาม
3. **แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP :** ในส่วนนี้จะอธิบายถึงการตอบสนองต่อ <ประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย> ที่เป็นไปได้จากโครงการ S-TOP

1. การส่งมอบบริการการดูแลระยะกลาง

1.1) บทบาทของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในการให้บริการที่ไร้รอยต่อ

บทบาทและความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป[23] มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลระยะกลางและการบริการ ทั้งทางสุขภาพและสังคมที่ไร้รอยต่อ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศูนย์มีหน้าที่สำคัญในการวางแผนและเป็นผู้นำในการพัฒนาการดูแลระยะกลางทั้งในระดับจังหวัดและระดับภูมิภาค ในฐานะจุดเริ่มต้นของการให้บริการการดูแลระยะกลาง

ด้วยความร่วมมือและการทำงานร่วมกันกับ สสจ. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีหน้าที่ในการสร้างเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในการบริหารจัดการและกระจายงานให้กับแต่ละองค์กรและแต่ละสาขาวิชาชีพ สนับสนุนงานด้านวิชาการ และติดตามกำกับบริการการดูแลระยะกลาง เพื่อให้เกิดบริการการดูแลด้านสุขภาพและสังคมที่ไร้รอยต่อ ในทางปฏิบัติพบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปยังมีหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแลระยะกลางและให้คำปรึกษาที่จำเป็น ตลอดจนดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันในมิติของการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย (ดูรายละเอียดแนวทางปฏิบัติที่ดีใน 3.3) ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งก็มีศักยภาพเพียงพอที่จะเป็นศูนย์กลางของการให้บริการการดูแลระยะกลาง ในพื้นที่ให้กับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่กล่าวถึงข้างต้น ถึงแม้ว่า ในเชิงอุดมคติแล้วนั้น การเริ่มต้นการดูแลระยะกลางที่เริ่มจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะมีประสิทธิผลที่ดีกว่าก็ตาม

<u>การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย</u>

- โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปน่าจะเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการเป็นผู้นำและประสานงานบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในจังหวัด โดยความร่วมมือกับ สสจ. เพื่อนำไปสู่การหารือร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดทำแผนและให้บริการการดูแลด้านสุขภาพและสังคมที่ไร้รอยต่อ ที่มีความเหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลระยะกลางในปัจจุบัน
- โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปควรจัดให้มี 1) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ที่มีการให้บริการการดูแลระยะกลางเชิงรุกในระยะสั้น และ 2) การสนับสนุนทางด้านวิชาการให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายและผู้ให้บริการด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานการบริการดูแลที่ไร้รอยต่อภายในจังหวัด
- เพิ่มการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เป็นโรงพยาบาลกลางสำหรับของการดูแลระยะกลางต่อไป
- ในระยะยาว ควรพัฒนาระบบเพื่อให้เกิดการจัดการผู้ป่วยในทางเวชปฏิบัติและการบริหารจัดการข้อมูลในระดับจังหวัด ตลอดจนพัฒนา ต่อยอดการใช้งานระบบดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต.
- โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนควรริเริ่มและพัฒนาการส่งต่อข้อมูล ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ ดูรายละเอียดใน **“5.1) ระบบการส่งต่อข้อมูลจากการรักษาในระยะเฉียบพลันไปยังการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว”** (หน้า 42)

<u>แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP</u>

- ส่งเสริมและสนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสู่ชุมชนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของผู้ให้บริการการดูแลระยะกลาง
- แนะนำและอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบความร่วมมือของประเทศญี่ปุ่นในการให้บริการดูแลระยะกลางในชุมชนตลอดจนการพัฒนาระบบดังกล่าว โดยเฉพาะกับผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด
- แบ่งปันประสบการณ์และบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากประเทศญี่ปุ่น เกี่ยวกับการแบ่งบทบาทและหน้าที่อย่างชัดเจนของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ ทั้งในระดับนโยบายและระดับผู้ปฏิบัติ

1.2) ปริมาณของบริการการดูแลระยะกลาง (อุปสงค์และอุปทาน)

ความท้าทายในปัจจุบันเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลระยะกลางในพื้นที่นำร่องในเชิงปริมาณคือ โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่ได้อยู่ในสถานะที่จะสามารถให้บริการการดูแลระยะกลางได้ เนื่องจากมีศักยภาพทางด้านวิชาการ อุปกรณ์และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ ความท้าทายอีกประการหนึ่งคือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับบริการการดูแลระยะกลางนั้นแตกต่างจากจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับบริการการดูแลระยะกลางได้จนสิ้นสุดระยะเวลา เนื่องด้วยสาเหตุหลายประการ อาทิ สมาชิกในครอบครัวไม่สะดวกที่จะให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการฟื้นฟู

[23] ดูรายละเอียดข้อมูลทั่วไปในการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยในภาคผนวก 4.2

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- ขับเคลื่อนและสนับสนุนให้มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และจัดหาแหล่งงบประมาณที่เพียงพอ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างโครงการ S-TOP และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ จะมีการกล่าวถึงประเด็นด้านทรัพยากรบุคคลในข้อ **“2) บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง”** (หน้า 36-38) และแหล่งงบประมาณในข้อ **“3) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง”** (หน้า 38-39) ต่อไป
- พิจารณาระบบรองรับและสนับสนุนการเดินทางของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการ เพื่อให้การบริการเข้าถึงในระดับชุมชน
- เพิ่มการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลภายใต้กำกับกระทรวงต่างๆ อาทิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชน
- พัฒนาระบบการจ่ายเงินเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลประเภทอื่น ๆ ซึ่งได้ระบุไว้ในข้อ **“3) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง”** (หน้า 38-39)
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มเติม ตามที่ได้ระบุไว้ใน **“5) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง”** (หน้า 42-43)

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- สนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างความตระหนักแก่สาธารณชนเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นของบริการการดูแลระยะกลาง เพื่อรองรับและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลระยะกลางที่อาจเกิดขึ้น
- โครงการสามารถแนะนำและแบ่งปันข้อดีและข้อเสียของประเทศญี่ปุ่นเกี่ยวกับระบบบริการการดูแลที่ไร้รอยที่มีการปฏิบัติและลองผิดลองถูกมาตั้งแต่ช่วงปีทศวรรษที่ 1980 ตลอดจนการพัฒนาการส่งมอบบริการ บุคลากร และการเงินภายใต้ระบบดังกล่าว ข้อมูลนี้อาจช่วยอำนวยความสะดวกและเป็นประโยชน์ในการหารือด้านการดูแลระยะกลางของหน่วยงานรัฐบาลส่วนกลาง ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

1.3) คุณภาพของบริการการดูแลระยะกลาง

ตามแนวคิดของโดนาบีเดียนระบุว่า คุณภาพการดูแลสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ **“โครงสร้าง”** **“กระบวนการ”** และ**“ผลลัพธ์”** เนื้อหาในส่วนนี้จะมุ่งเน้นที่ “กระบวนการ” เพื่อให้เกิดการดูแลระยะกลางที่มีคุณภาพและนำเสนอวิธีการ 4 ข้อ (1.3.1 - 1.3.4) รวมทั้งมุมมอง (1.3.5) เพื่อพัฒนาให้เกิดรูปแบบการบริการการดูแลระยะกลางที่ดีขึ้นในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง โดยประเด็นดังกล่าวอ้างอิงมาจากประสบการณ์ของประเทศญี่ปุ่นในการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง ซึ่งจะเพิ่มเติมจาก “กระบวนการ” พื้นฐานสำหรับการดูแลระยะกลางที่มีอยู่ใน 8 พื้นที่นำร่อง

1.3.1) การเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ช่วงแรก

การฟื้นฟูสมรรถภาพควรทำโดยเร็วที่สุดตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน กล่าวคือ ไม่ควรพลาดช่วงเวลาทองที่จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและดีขึ้น จากประสบการณ์การพัฒนาการดูแลระยะกลางของญี่ปุ่นพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ช่วงแรกเริ่ม ซึ่งประกอบด้วย การประเมินกลุ่มเป้าหมาย การปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู การระบุปัญหา การระบุและวางแผนเป้าหมาย และการให้บริการฟื้นฟู มีความสำคัญและก่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยพยาบาล นักกายภาพบำบัด และ นักกิจกรรมบำบัดที่หอผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ในการรักษาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวนี้ ขึ้นอยู่กับจำนวนทรัพยากรบุคคลและการบริหารทรัพยากรบุคคลของแต่ละโรงพยาบาลด้วย นอกจากนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูนับเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญและขาดไม่ได้สำหรับการประสานงานภายในโรงพยาบาล ตลอดจนให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ดั้งนั้น การพัฒนาศักยภาพและการจัดสรรแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ ดูรายละเอียดแนวทางปฏิบัติที่ดีในข้อ 3.3

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- ร่วมมือกับแผนกประสาทวิทยา ศัลยกรรมประสาท และออร์โธปิดิกส์ ในการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะกลางและ/หรือสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลระยะกลางภายในโรงพยาบาล
- ปรึกษาหารือร่วมกับกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัด เพื่อพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพและออกแบบโปรแกรม การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- ให้คำแนะนำและการสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ S-TOP เพื่อระบุ/กำหนดความหมายและคำอธิบายที่ชัดเจนของการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่อไป

1.3.2) การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต (QOL)

โดยทั่วไป โรงพยาบาลมักใช้ Barthel Index (BI) เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพบว่า **ส่วนใหญ่มักไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการประเมิน ADL มากนัก เนื่องจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และความเชี่ยวชาญในการประเมินดังกล่าวมีอยู่อย่างจำกัด** การประเมินเพื่อให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิผล จำเป็นต้องพิจารณาแยกกันระหว่าง “ADL ที่ทำได้จริง” และ “ADL ที่เป็นไปได้” นอกจากนี้ คะแนน BI ยังไม่ครอบคลุมความสามารถบางอย่างและการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีกิจกรรมจริงมากกว่าที่ประเมิน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้คะแนน BI เต็มจะถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรมทันที แม้จะยังสามารถพัฒนาการทำงานของร่างกายและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อีกก็ตาม ในขณะที่ คุณภาพชีวิตอาจเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีในการประเมินสภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้ยังคงเป็นความท้าทายในเรื่องของการประเมินคุณภาพชีวิตเนื่องจากมีความซับซ้อน ทั้งนี้ อาจพิจารณานำบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (The International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF) มาใช้เป็นแนวทางหลักสำหรับการสื่อสารภายในทีม เพื่อการประเมินผลแบบองค์รวมผ่านการทำงานแบบทีมได้ โดยประเด็นนี้จะกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป **“1.3.3) การทำงานเป็นทีม”** (หน้า 34-35) ในขณะเดียวกัน อาจมีดัชนีและเครื่องมือการประเมินตัวอื่นที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งควรมีการพิจารณาเพิ่มเติมเช่นกัน สำหรับการอ้างอิงสถานการณ์ปัจจุบันมีการใช้ Glasgow Coma Scale สำหรับการประเมินระดับความมีสติรับรู้ในช่วงเริ่มต้นของการรักษาในระยะเฉียบพลันด้วย

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- สร้างความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความสำคัญของการประเมิน ADL ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการใช้งานและข้อจำกัดเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย โดยฝึกอบรมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในส่วนของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลได้กล่าวไว้ใน **“2) บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง”** (หน้า 36-38)
- ตัวอย่างเช่น แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Functional Independence Measure: FIM) สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ) ซึ่งรวมแบบประเมิน FIM และ IADL รวมทั้ง แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D ไว้ด้วยกัน อาจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกเพื่อนำไปใช้ในโรงพยาบาลและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะทาง
- ใช้เครื่องมือเดียวกันสำหรับการประเมิน ADL ในการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลได้บนพื้นฐานข้อมูลชุดเดียวกัน

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- สนับสนุนทางด้านวิชาการเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการประเมินผล อาทิ ADL กับ BI และ IADL กับ QOL ผ่านการหารือกับผู้ประสานงานหลักของโครงการในพื้นที่นำร่องและหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง
- จำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญและเลือกพื้นที่นำร่องและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมิน ADL และ/หรือ QOL นอกเหนือจากการประเมินคะแนน BI ที่ทำเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว

1.3.3) การทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีม เป็นแนวทางการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการในหลากหลายมิติ เพื่อมุ่งเน้นพัฒนาความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ไม่เน้นเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะและสภาพร่างกายในระดับของความบกพร่องที่เกิดขึ้นเท่านั้น ที่โรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่นำร่อง มีการทำงานเป็นทีมสำหรับบริการการฟื้นฟูซึ่งปรากฏผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพแม้จะไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนบุคลากรก็ตาม อีกด้านหนึ่งพบว่า โรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ในพื้นที่นำร่องยังเผชิญกับความท้าทายในการรวบรวมและแบ่งปันข้อมูล ตลอดจนการหารือและความร่วมมือภายในระหว่างสมาชิกของทีม ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความเป็นผู้นำในการทำงานเป็นทีม

ในเกือบทุกพื้นที่นำร่อง มีการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพขึ้น และมีการประชุมรายกรณีและการเยี่ยมบ้านโดยทีมดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายในเรื่องการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว **บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่นำร่องบางแห่งได้ริเริ่มใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health หรือ ICF) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการประชุมทีมฯ และเพื่อให้สามารถดูแลและรักษาผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น** นอกจากนี้ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางบางสาขา ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในสาขาอื่นๆ ต่างพยายามเพิ่มทักษะพิเศษโดยเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมระดับสูงกว่าปริญญาตรี ด้วยเหตุนี้ จึงมีการดำเนินการ “การทำงานแบบทีมบูรณาการข้ามสาขาวิชา” เกิดขึ้นในพื้นที่นำร่องบางแห่ง

<u>การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย</u>

- ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ ทั้งในแง่ของการแบ่งปันข้อมูล การประเมินแบบองค์รวม การกำหนดเป้าหมายและการวางแผน เพื่อให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตในมุกมิติ
- จัดฝึกอบรมพัฒนาทางด้านวิชาการให้กับบุคลากรทางการแพทย์และส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เพิ่มเติมจากหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านกิจกรรมบำบัดและการแก้ไขการพูดในระดับชาติ เนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นต่อการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทางการแพทย์ในการบริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
- พิจารณารูปแบบการทำงานเป็นทีมที่หลากหลาย อาทิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมสหวิทยาการ และทีมบูรณาการข้ามสาขาวิชาชีพ และปรับใช้แต่ละรูปแบบอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ตัวอย่างเช่น การทำงานแบบทีมบูรณาการข้ามสาขาวิชาชีพจะช่วยให้บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพมีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ในสาขาที่หลากหลายและสามารถทำหน้าที่และรับผิดชอบในตำแหน่งและ/สาขาวิชาชีพอื่นได้
- พัฒนาผู้จัดการการดูแลสำหรับการจัดบริการดูแลอย่างไร้รอยต่อร่วมกับทีมงานในโรงพยาบาลชุมชน
- ในระยะสั้น ควรเน้นรักษาเจ้าหน้าที่ที่ทำงานนอกเวลาในฐานะทรัพยากรบุคคลของทีมและพัฒนาขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่กลุ่มดังกล่าว
- ในระยะกลาง ควรปรับใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการให้คำปรึกษาทางไกลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
- ในระยะยาว ควรพัฒนาการประมาณการความต้องการทรัพยากรบุคคลที่เกี่ยวข้องและนำเสนอต่อผู้บริหาร

<u>แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP</u>

- ส่งเสริมแนวทางการทำงานเป็นทีมโดยจัดส่งผู้เชี่ยวชาญระยะสั้นชาวญี่ปุ่น อาทิ 1.) นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (Medical Social Worker หรือ MSW) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำงานเป็นทีมสำหรับการดูแลระยะกลางในญี่ปุ่น และ 2.) นักกิจกรรมบำบัดและนักแก้ไขการพูด มาร่วมฝึกปฏิบัติงานเพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์

1.3.4) แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกองบริหารการสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางอย่างเป็นทางการขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม เอกสารดังกล่าวยังไม่ได้มีการลงรายละเอียดและยังมีการผลักดันให้เกิดการนำไปใช้ที่น้อย ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศูนย์บางแห่งในพื้นที่นำร่องดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของคู่มืออีกเล่มหนึ่งคือ แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียดในข้อ 3.3 แนวทางปฏิบัติที่ดีจากการประชุมร่วมกับกรมการแพทย์ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุข และการประชุมคณะทำงานครั้งที่ 10 ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 มีข้อมูลว่า กรมการแพทย์อยู่ระหว่างการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลระยะกลาง ซึ่งอ้างอิงตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางที่จัดทำขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562 โดยเพิ่มเนื้อหาด้านการดูแลแบบประคับประคองและมุมมองด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ กรมการแพทย์มีแผนที่จะใช้แนวทางดังกล่าวผ่านการเผยแพร่ในรูปแบบสื่อมัลติมีเดีย เช่น ป้ายโฆษณา คลิปวีดีโอ และการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ภายในเดือนกรกฎาคม 2563 รวมทั้งนำไปใช้ในพื้นที่นำร่องบางแห่ง ในปีงบประมาณ 2564

<u>การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย</u>

- พัฒนากรอบการทำงานแบบบูรณาการในการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบและการดูแลของกองบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- สนับสนุนและให้คำแนะนำทางด้านวิชาการในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดำเนินงานในพื้นที่นำร่องและในระดับประเทศ โดยใช้ประโยชน์จากประสบการณ์การบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศญี่ปุ่น

1.3.5) ความต่อเนื่อง/ความถี่ในการเข้ารับบริการดูแลระยะกลางของผู้ป่วย

การให้บริการการดูแลระยะกลางที่สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และมีความถี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสมรรถภาพและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การให้บริการมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากปัญหาด้านทรัพยากรบุคคล การเงิน ความเข้าใจ และสภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วยในพื้นที่นำร่อง

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- ควรพัฒนาประเด็นด้านทรัพยากรบุคคล การเงิน และความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว ดังที่กล่าวไว้ในข้อ **“2.) บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง”** (หน้า 36-38), **“3.) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง”** (หน้า 38-39) และ **“6.) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวในการดูแลอย่างไร้รอยต่อโครงการ S-TOP”** (หน้า 43-44).

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- ตัวอย่างเช่น แบ่งปันประสบการณ์กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง ทั้งในส่วนกระบวนการการฟื้นฟูและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินงานของไทย รวมทั้งข้อสังเกตความแตกต่างระหว่างบริบทไทยและญี่ปุ่น

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทายร่วม**ใน 1.) การส่งมอบบริการการดูแลระยะกลาง**

- การสร้างการรับรู้และความเข้าใจของแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง
- พิจารณาการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ ทั้งในระดับจังหวัดและพื้นที่ให้บริการ โดยตระหนักถึงประเด็นย่อยทั้ง 5 ข้อ เพื่อให้บริการการดูแลระยะกลางที่มีคุณภาพ

แนวทางการสนับสนุนร่วมของโครงการ S-TOP **ใน 1.) การส่งมอบบริการการดูแลระยะกลาง**

- เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ระหว่างพื้นที่นำร่อง
- ส่งเสริมการเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติและตัวอย่างที่ดีของพื้นที่นำร่องไปสู่พื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย
- ในระยะยาว อาจพิจารณาจัดตั้งสถาบันฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับภูมิภาคที่มีบทบาทและหน้าที่ในการศึกษาและวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับความต้องการบริการดูแลระยะกลางที่น่าจะเพิ่มขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
- สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย ในฐานะหน่วยย่อยของการดูแล และผู้บริหารโรงพยาบาลในมุมมองมหภาค ในกิจกรรมของโครงการ S-TOP ทุกประเภท

2. บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง

2.1) ระดับประเทศ

ความต้องการใช้บริการการดูแลระยะกลางน่าจะเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของประชากรสูงวัยในสังคม ในขณะที่ผู้ให้บริการยังมีอยู่อย่างจำกัด[24]

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับการดูแลระยะกลางมีไม่เพียงพอ เนื่องจากศักยภาพทางด้านวิชาการที่มีอยู่อย่างจำกัด จากข้อมูลพบว่า ประเทศไทยมีหลักสูตรทางการแพทย์ในมหาวิทยาลัยเพียงเล็กน้อยที่ผลิตบุคลากรป้อนเข้าสู่การดำเนินการการดูแลระยะกลางเฉพาะทาง โดยเฉพาะในวิชาชีพนักกิจกรรมบำบัดและนักแก้ไขการพูด นอกจากนี้ จำนวนสถาบันวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในประเทศไทยก็มีจำนวนจำกัดด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในระดับภูมิภาค ทั้งนี้ นอกจากการวิจัยของสถาบันสิรินธรฯ ที่ระบุว่าจำนวน นักกิจกรรมบำบัดและนักแก้ไขการพูดจะไม่เพียงพอต่อความต้องการในอีก 10 ปีข้างหน้าแล้ว อีกสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามคือความกังวลในแง่ที่ว่าบุคลากรดังกล่าวอาจไหลเข้าสู่โรงพยาบาลเอกชนแทนโรงพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐ

[24] จากข้อมูลในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข (2560 - พ.ศ. 2579) เผยว่าการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ จากสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรที่อยู่ในระดับต่ำเป็นความท้าทายสำคัญในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในประเทศไทย ทั้งนี้ เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า กระทรวงฯ ต้องการเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับคนไทย ควบคู่ไปกับการให้ความสำคัญกับสภาวะสุขภาพทางใจของผู้ปฏิบัติงานด้วย

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- ประเมินความต้องการและจัดทำแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของแต่ละสาขาอาชีพในอนาคต
- ร่วมมือกับภาคการศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระยะยาว
- จัดทำมาตรฐานโปรแกรมการฝึกอบรมหลักสูตรเพิ่มเติมจากปริญญาตรีสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- เสริมสร้างความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- สนับสนุนทางด้านวิชาการแก่หน่วยงานภาครัฐของไทยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับกำลังคนขั้นต่ำที่จำเป็นต่อการดำเนินการดูแลระยะกลางในบริบทการดูแลสุขภาพของประเทศไทย โดยใช้บทเรียนจากการดำเนินการดูแลระยะกลางในประเทศญี่ปุ่น

2.2) ระดับพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP

ความท้าทายหลักในการดำเนินงานด้านการดูแลทางสุขภาพและสังคมที่ไร้รอยต่อในพื้นที่นำร่องคือ จำนวนบุคลากรการทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการการดูแลระยะกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด และ นักแก้ไขการพูด ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

อีกประเด็นหนึ่งคือ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐและ รพ.สต. อยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สนับสนุนงานด้านการแพทย์และผู้ให้บริการการดูแลระยะยาว อาทิ นักกายภาพบำบัด อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุ[25] จึงทำให้ภาระความรับผิดชอบในการให้บริการต้องเป็นหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งมีภาระงานที่มากเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

ทรัพยากรบุคคลที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อปริมาณบริการการดูแลระยะกลาง ซึ่งได้กล่าวไว้แล้วในข้อ **“1.2) ปริมาณของบริการการดูแลระยะกลาง (อุปสงค์และอุปทาน)”** (หน้า 32-33) ข้อจำกัดในการประเมิน ADL และการใช้ประโยชน์จากผลการประเมินตามที่ได้กล่าวถึงในข้อ **“1.3.2) การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต”** (หน้า 34) ความท้าทายในการดำเนินงานในรูปแบบการทำงานเป็นทีมตามที่ได้กล่าวถึงในข้อ **“1.3.3) การทำงานเป็นทีม”** (หน้า 34-35), **“1.3.5) ความต่อเนื่อง/ ความถี่ในการเข้ารับบริการดูแลระยะกลางของผู้ป่วย”** (หน้า 36) และข้อจำกัดในการให้บริการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะกล่าวถึงในข้อ **“6.2 การพัฒนา/ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ”** (หน้า 43-44) ทั้งนี้ ได้มีการกล่าวถึงแนวทางการแก้ปัญหาและการตอบสนองต่อ ความท้าทายดังกล่าวไว้ในเนื้อหา นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝั่งไทยจำนวน 12 คน จากผู้ให้สัมภาษณ์ชาวไทยทั้งหมด 21 คน กล่าวว่า การพัฒนาทรัพยากรบุคคลและ/หรือยุทธศาสตร์ชาติ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและขยายผล เพื่อให้บริการการดูแลระยะกลางในพื้นที่นำร่องมีความยั่งยืน ดูรายละเอียดใน 3.3 สำหรับแนวทางปฏิบัติที่ดี อาทิ พื้นที่จังหวัดขอนแก่น นนทบุรี และสุราษฎร์ธานี

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- พิจารณาจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมในระหว่างการปฏิบัติงานจริง (on-the-job training) ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องแทนการฝึกอบรมในห้องอบรมทั่วไป เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้โดยตลอดระยะเวลา ซึ่งจะช่วยเพิ่มศักยภาพทางวิชาการ ในการบำบัดฟื้นฟูได้ โดยที่บุคลากรไม่จำเป็นต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับการฝึกอบรม
- พิจารณาจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางสำหรับพยาบาล อาทิ การขยายหลักสูตรสำหรับพยาบาลฟื้นฟู 4 เดือนของสถาบันสิรินธรฯ และการพัฒนาทรัพยากรบุคคลตามแผนการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่นำร่อง
- เพิ่มเติมเนื้อหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ในหลักสูตรการพยาบาลทั่วไป
- พัฒนาทรัพยากรบุคคลระดับเชี่ยวชาญเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานทดแทนนักกิจกรมบำบัดและนักแก้ไขการพูดได้ในบางส่วน
- พิจารณาใช้ประโยชน์จากการแพทย์แผนไทย ผ่านการปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- ให้ความสำคัญกับการเพิ่มอัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรด้านอื่นๆ เช่น บรรจุตำแหน่งข้าราชการให้กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ และให้การรักษาขั้นพื้นฐานแก่กลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการดูแลระยะกลางในชุมชน

[25] ในเอกสารฉบับนี้ “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หมายถึง ผู้ที่ลงทะเบียนภายใต้โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ส่วน “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลในรูปแบบต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุ จึงสันนิษฐานได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนหนึ่งอาจไม่สามารถทำหน้าที่ในการให้บริการได้ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมี “อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นระบบอาสาสมัครอีกระบบหนึ่งภายใต้กระทรวง พม. ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ลงทะเบียนภายใต้โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 18 ชั่วโมงของกระทรวง พม. ทั้งนี้ คำว่า “กลุ่มอาสาสมัคร” ในเอกสารฉบับนี้จะหมายรวมถึงกลุ่มบุคคลทั้ง 3 กลุ่มข้างต้น

- พัฒนาศักยภาพและสร้างความตระหนักด้านการดูแลระยะกลางให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุตลอดจนเพิ่มจำนวนอาสาสมัครกลุ่มดังกล่าว

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- จัดส่งผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ของญี่ปุ่นไปบรรยายและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้กับพื้นที่นำร่อง
- จัดทำประมาณการจำนวนทรัพยากรบุคคลที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในแต่ละระดับของโรงพยาบาล โดยอิงจากประสบการณ์และแนวทางของประเทศญี่ปุ่น เพื่อให้เกิดการพัฒนากรอบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ
- กระตุ้นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นๆ อาทิ สภาการพยาบาล และส่งเสริมการดูแลระยะกลาง

3. การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง

3.1) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับประเทศ

ปัจจุบันพบว่า ยังไม่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะ สำหรับบริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยในภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้จะมีค่าตอบแทนสำหรับการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอก แต่ก็เป็นเงินจำนวนเล็กน้อยเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งขณะนี้ สปสช. กำลังพยายามจัดสรรงบประมาณรวมเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายชดเชยให้กับการบริการการดูแลระยะกลาง โดยมีแผนที่จะกำหนดกรอบการจ่ายเงินสำหรับการบริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยในที่ชัดเจนขึ้นภายในปีงบประมาณ 2565 และเพื่อให้บริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการบริการรูปแบบผู้ป่วยนอกและการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลระยะกลาง ในปีงบประมาณ 2564 ตามที่กล่าวไว้ในหัวข้อก่อนหน้า

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- ควรหารือเพิ่มเติมระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณและระบบการจ่ายเงินที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ
- ควรรวมการดูแลระยะกลางเข้าไว้ใน DRG อย่างชัดเจนและกำหนดกรอบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการให้บริการจริงในระยะยาว
- อาจพิจารณาคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อรับบริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน ตามหลักความคุ้มทุน[26]
- ทั้งนี้ อาจเป็นการยากที่จะตั้งเป้าขยายระบบการจ่ายเงินเพิ่มเติม ในเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 แห่ง เนื่องจากการพิจารณารวมการดูแลระยะกลางเข้าไว้ใน DRG เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา
- สิ่งสำคัญคือ ควรแสดงให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางการเงินเห็นว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลระยะยาวในอนาคตจะลดลงจากผลลัพธ์และความก้าวหน้าของบริการการดูแลระยะกลาง

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- แนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพทางการแพทย์และระบบประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น ตลอดจนประสบการณ์อื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางการจัดสรรงบประมาณของประเทศไทยในการดำเนินงานบริการด้านการดูแลสุขภาพ
- พิจารณานโยบายและกรอบการทำงานด้านบริการทางการแพทย์ของญี่ปุ่นที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ตัวอย่าง เช่น รายการในตาราง ค่ารักษาพยาบาลของญี่ปุ่น สาขาวิชาชีพที่มีความจำเป็น จำนวนบุคลากร นอกจากนั้นควรพิจารณาผลลัพธ์ของการพัฒนาสภาวะสุขภาพตามบริบทและศักยภาพของระบบการแพทย์ไทยด้วย

3.2) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP

โรงพยาบาลและ สสจ. จัดการด้านการเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง โดยการบริหารจัดการตามศักยภาพของตนเอง อาทิ ประสานงานกับแผนกต่างๆ เพื่อจัดสรรและแก้ปัญหาด้านการเงิน ส่งเสริมการบริจาคจากชุมชน และรับผู้ป่วยที่ยินดีจ่ายเงินเพิ่มด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่พบว่า การวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายในพื้นที่นำร่องยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น ซึ่งคาดว่าจะเสร็จสิ้นในอนาคต อย่างไรก็ดีพบว่ามีแนวปฏิบัติที่ดีในการวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร ดังรายละเอียดในข้อ 3.3 ทั้งนี้ ในบางจังหวัด สปสช. เขตพื้นที่ได้พัฒนาระบบการจ่ายเงินเพิ่มเติมและได้นำไปใช้กับการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน ซึ่งช่วยสนับสนุนให้เกิดการริเริ่มบริการการดูแลระยะกลางได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม จำนวนเงินจ่ายเพิ่มในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม

[26] สถาบันสิรินธรฯ พบว่า ผู้ที่มีคะแนน BI มากกว่า 11 และน้อยกว่า 19 เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ดีที่สุด ซึ่งพิจารณามาจากผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นและต้นทุนค่าใช้จ่ายโดยตลอดการศึกษา

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเลือกที่จะไม่จัดบริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน ในส่วนของการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกนั้นพบว่า จากการเจรจาภายในรัฐบาล นานกว่า 2 ปี สปสช. เริ่มจ่ายค่าตอบแทนได้ในอัตรา 150 บาทต่อคน ซึ่งยังคงเป็นความท้าทายของผู้ให้บริการ อย่างไรก็ดี ขณะนี้รัฐบาลไทยอยู่ระหว่างการพิจารณางบประมาณที่เหมาะสมสำหรับการดูแลระยะกลางและจะเริ่มใช้ชุดงบประมาณใหม่สำหรับการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกและที่บ้านในปีงบประมาณ 2564[27]

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- พิจารณาริเริ่มระดมทุนผ่านองค์กรการกุศล มูลนิธิ และกองทุนชุมชน เพื่อหาแหล่งเงินสำหรับการดำเนินการการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาล
- มีความพยายามและส่งเสริม/สนับสนุนทางด้านการเงินเพื่อการดูแลระยะกลางอย่างกระตือรือร้นและต่อเนื่องให้กับ สสจ. และ สปสช. เขต

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- หารือร่วมกับ สปสช. เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนทั้งในระดับประเทศและการปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง
- จัดส่งข้อมูลที่รวบรวมได้จากการติดตามและประเมินผลกิจกรรมของพื้นที่นำร่องให้กับ สปสช. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการหารือข้างต้น
- พิจารณาจัดทำโครงร่างรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ต้นทุนเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่นำร่อง

4. บริการการดูแลระยะยาว

4.1) การส่งมอบบริการ

แม้การขยายบริการการดูแลระยะยาวจะมีความจำเป็นต่อการตอบสนองเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่การขยายบริการที่บ้านในชุมชนด้วยการริเริ่มขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดกับประชาชนที่สุด น่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้บริการดูแลตอนกลางวัน บริการเยี่ยมบ้าน การปรับปรุงบ้าน และการจัดหาอุปกรณ์ด้านสวัสดิการสังคม ควรได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่นำร่อง

ศูนย์ดูแลตอนกลางวันสำหรับผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเข้มข้นในพื้นที่นำร่องบางแห่ง ซึ่งพื้นที่อื่นๆ ก็กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาเช่นเดียวกัน ทั้งนี้พบว่า กิจกรรมและการดำเนินงานของศูนย์ฯ แต่ละแห่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับลักษณะและบริบท อย่างไรก็ตามพบว่า หน่วยงานรัฐบาลท้องถิ่นมักจะเป็นผู้จัดหาสถานที่และจัดเตรียมเจ้าหน้าสนับสนุนในบางกิจกรรมให้กับศูนย์ฯ ขณะที่ หน่วยบริการทางการแพทย์ เช่น รพ.สต. จะสนับสนุนทางด้านวิชาการสำหรับการให้บริการ การจัดตั้งศูนย์ดูแลตอนกลางวันสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับการดูแลฟื้นฟูระยะกลาง การดูแลหลังการฟื้นฟูระยะกลาง และการดูแลระยะยาวของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนมีบทบาทเป็นศูนย์ประสานงานสำหรับโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ดูรายละเอียดในภาคผนวก 4.4 สำหรับตัวอย่างบริการดูแลตอนกลางวัน[28]

ในส่วนบริการเยี่ยมบ้าน คาดว่ากลุ่มอาสาสมัครจะมีบทบาทในการดูแลระยะยาวมากขึ้น เพื่อที่บุคลากรทางการแพทย์จะได้ให้บริการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพได้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพสูงสุด

ด้านการปรับปรุงสภาพบ้านและการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีการดำเนินการโครงการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทั้งนี้จะเห็นว่า การดูแลระยะยาวนั้นครอบคลุมหลายมิติ ซึ่งไม่ใช่เพียงมิติด้านสุขภาพ แต่ยังรวมถึงด้านสังคม ชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

[27] ข้อมูลดังกล่าวมาจากการฟื้นฟูที่ค้นพบ โดยการบริการต่างๆ จะแบ่งออกเป็นบริการในส่วนของนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักแก้ไขการพูด ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะเป็นผู้กำหนดประเภทของการบริการให้กับผู้รับบริการ ทั้งนี้ บริการดังกล่าวจะจัดให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลระยะกลาง 3 กลุ่มโรค ซึ่งพันระยะวิกฤติ เป็นเวลา 6 เดือน ชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าวประกอบด้วยบริการรวม 30 ครั้งต่อคน ซึ่งรวมถึงบริการจากนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักแก้ไขการพูด โดยรัฐบาลจะจ่ายให้กับผู้ให้บริการ ในอัตรา 150 บาท/ครั้งที่รัฐบาลให้บริการ (การประชุมร่วมกับ สปสช. เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2563)

[28] มีการขับเคลื่อนการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันในพื้นที่ต่างๆ นอกเหนือจากพื้นที่โครงการ S-TOP ดูตัวอย่างในหัวข้อ 3.3 สรุปแนวทางปฏิบัติที่ดี

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- สร้างมาตรฐานและรูปแบบของบริการการดูแลระยะยาวโดยครอบคลุมมิติที่หลากหลายและจัดลำดับความสำคัญของมิติทางการแพทย์ สังคม และความเป็นอยู่ที่ดีในแต่ละพื้นที่
- ต่อประเด็นดังกล่าว อาจพิจารณากำหนดแนวทางในการดำเนินงานและการส่งมอบบริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันเพื่อสร้างมาตรฐานของศูนย์ดูแลฯ
- ระบุบทบาทของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทย ให้มีความชัดเจน
- เพิ่มจำนวนศูนย์ดูแลตอนกลางวันและใช้ประโยชน์จากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้กำกับของกระทรวง พม. ซึ่งนับว่ามีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลระยะยาวและให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ร่วมมือกับกระทรวง พม. เพื่อขยายบริการการซ่อมแซมและปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
- อำนวยความสะดวกและส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรวบรวมอุปกรณ์ช่วยเหลือและพัฒนาระบบการบริหารจัดการในการแจกจ่ายอุปกรณ์ดังกล่าวในระดับพื้นที่นำร่อง
- สิ่งสำคัญคือ ต้องประเมินระบบการจัดการการดูแลซ้ำ ในพื้นที่นำร่องบางแห่ง

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- ให้คำแนะนำและแบ่งปันบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานการให้บริการการดูแลในศูนย์ดูแลตอนกลางวัน ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างแข็งขันจากองค์กรและชุมชนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศญี่ปุ่น
- ให้คำแนะนำแก่ผู้ประสานงานหลักในแต่ละพื้นที่นำร่อง โดยอ้างอิงจากประสบการณ์การดำเนินงานการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการการดูแลระยะยาวในญี่ปุ่น
- รวบรวมและแบ่งปันแนวทางปฏิบัติที่ดีระหว่างพื้นที่นำร่องในประเด็นด้านการปรับปรุงบ้านและอุปกรณ์ช่วยเหลือ
- ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับปรุงบ้านและอุปกรณ์ช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญชาวญี่ปุ่น
- โครงการจะให้ความร่วมมือทางวิชาการเพื่อสนับสนุนระบบการจัดการการดูแล อาทิ จัดส่งผู้เชี่ยวชาญระยะสั้นของญี่ปุ่น ตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง

4.2) การพัฒนาทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลระยะยาว

การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลยังคงเป็นความท้าทายของการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาวเช่นเดียวกับการดูแลระยะกลางในพื้นที่นำร่อง แม้ว่าโครงการ LTOP จะสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ แต่ยังคงมีความต้องการอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุอีกจำนวนมาก เพื่อสนับสนุนงานและขยายผลการดูแลระยะกลาง ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งสำหรับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและการบริการในศูนย์ดูแลตอนกลางวัน

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุภายใต้โครงการของกระทรวง พม. นับเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพในการดูแลระยะยาว ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่
- พัฒนาและเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- รับสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขรุ่นเยาว์และพัฒนาศักยภาพ
- ส่งเสริมการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวให้เป็นงานที่ถูกต้องสำหรับกลุ่มอาสาสมัคร
- พิจารณาถึงความจำเป็นในการจัดหารางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจและรักษาระบบอาสาสมัครให้ยั่งยืน

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- ให้ความช่วยเหลือในการประมาณการณ์จำนวนบุคลากรที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับการให้บริการการดูแลระยะยาว ในระยะยาว

4.3) การเงินสำหรับการดูแลระยะยาว

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- เนื่องจากการกระจายงบประมาณจากกระทรวงสาธารสุขในการให้บริการการดูแลระยะยาวมีจำกัด อาจพิจารณาใช้งบประมาณสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนจากกระทรวงมหาดไทย และงบประมาณเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากกระทรวง พม. เพื่อเพิ่มงบประมาณในการดูแลระยะยาว
- แสดงให้รัฐบาลเห็นว่าการดูแลระยะยาวมีประโยชน์อย่างไรต่อการลดภาระการบริการทางการแพทย์ในระยะเฉียบพลัน

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- สนับสนุนการอำนวยความสะดวกเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวง พม. และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานสำหรับบริการการดูแลระยะยาวทั้งในระดับพื้นที่นำร่องและระดับประเทศ

4.4) ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนในพื้นที่

ในพื้นที่นำร่อง มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหลักด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาวจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเห็นได้จากที่บางพื้นที่มีการจ้างพยาบาลและมีแผนที่จะจ้างนักกายภาพบำบัด ดูตัวอย่างบางส่วนได้ใน 3.3 โดยในแนวทางปฏิบัติดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงกลไก การทำงานและการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิผล ตัวอย่างเช่น ผู้ว่าราชการจังหวัดที่มีเจตนารมณ์และระบุชัดเจนว่าจะจัดตั้งศูนย์ดูแลตอนกลางวันในทุกตำบล แม้จะมีวิธีการที่แตกต่างกันเล็กน้อยในแต่ละตำบล แต่ทิศทางโดยภาพรวมในจังหวัดก็ยังมีความชัดเจน กล่าวคือ มีการพัฒนาบุคลากรหลักอย่างเหมาะสม ซึ่งรวมถึงทรัพยากรบุคคลหลักในระดับภูมิภาคด้วย

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความแตกต่างในประเด็นด้านความร่วมมือและการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาวระหว่างพื้นที่นำร่อง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความสามารถทางการเงินและทรัพยากรบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย นอกจากนี้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพยังมีภาระและไม่สามารถบริหารจัดการได้มากเท่าที่ควร

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)[29] เพื่อส่งเสริมบริการการดูแลโดยมีชุมชนเป็นฐานแบบไร้รอยต่อ

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- ควรมีการจัดทำความตกลงร่วมกับหน่วยงานในระดับท้องถิ่น อาทิ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และ รพ.สต. เพื่อพัฒนากลไกการจัดบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ โดยเฉพาะการบริการดูแลระยะยาว
- เสริมพลังให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมและการให้ความร่วมมือโดยเฉพาะการดูแลระยะยาวในการดูแลอย่างไร้รอยต่อ
- เพิ่มการเข้าถึง พชอ. และ สสจ. เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนการทำงานในรูปแบบ พชอ.

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว แนวทางปฏิบัติที่ดี และบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากพื้นที่นำร่อง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำกรอบนโยบายเพื่อส่งเสริมการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมการจัดบริการการดูแลอย่างไร้รอยต่อ
- ในขั้นนี้ ควรส่งเสริมกิจกรรมขั้นสูงในบางพื้นที่นำร่องและเผยแพร่ไปยังพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ เพื่อใช้เป็นต้นแบบการดำเนินงาน
- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเทศบาลในโครงการฝึกอบรมต่างๆ รวมถึงการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น
- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยเข้าเยี่ยมคารวะเพื่อแนะนำโครงการและเชิญเข้าร่วมสัมมนาและการฝึกอบรมต่างๆ
- ร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างความตกลงของหน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีความยั่งยืน แม้ภายหลังสิ้นสุดโครงการ

[29] พชอ. คือ คณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นในระดับอำเภอ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดำรงชีวิตของประชาชน โดยความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นคณะกรรมการหลักในการเชื่อมต่อระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นกับรัฐบาลส่วนกลาง

5. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.1) ระบบการส่งต่อข้อมูลจากการรักษาในระยะเฉียบพลันไปยังการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว

โดยหลักพบว่า ประเทศไทยมีเครื่องมือสำหรับการส่งต่อข้อมูลระหว่างการรักษาในระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะกลางอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ Thai COC และ Thai refer อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวไม่ใช่เครื่องมือที่ใช้งานได้ง่ายนักสำหรับพื้นที่นำร่องบางแห่ง เนื่องจากระบบมีความซับซ้อนและต้องการทักษะบางอย่างในการใช้งาน ดูรายละเอียดใน 3.3 สำหรับการดำเนินงานในพื้นที่สุราษฎร์ธานี กรุงเทพมหานคร และขอนแก่น

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สัมภาษณ์จำนวน 6 คน จาก 21 คน ยกให้ **“ระบบการส่งต่อข้อมูล”** เป็นความท้าทายที่สำคัญและคาดหวังการสนับสนุนในประเด็นดังกล่าวจากโครงการ S-TOP

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- ควรมีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งมีบทบาทในการสื่อสารและจัดการระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ในแต่ละโรงพยาบาล
- ทบทวนการทดลองระบบที่อาจเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดี อาทิ ระบบที่ใช้ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีและขอนแก่น เพื่อวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของระบบที่มีอยู่ และพัฒนาระบบ Thai COC เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน
- พัฒนาระบบส่งข้อมูลย้อนกลับ เพื่อสะท้อนผลการใช้งานของผู้ใช้เครื่องมือ อาทิ ระบบ Thai COC ให้กับผู้พัฒนาระบบ
- ใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน อาทิ เครื่องมือสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระหว่างการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว
- พัฒนาศักยภาพของผู้ใช้ระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีความหลากหลาย โดยไม่เพียงสอนแค่การใช้เครื่องมือ แต่ควรฉายภาพความท้าทายและเป้าหมายของระบบการส่งต่อข้อมูลดังกล่าวที่ชัดเจน เพื่อสนับสนุนให้เกิดบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อและการประชุมประจำ จากประสบการณ์ของญี่ปุ่น ซึ่งจะช่วยเสริมระบบการอ้างอิงจากเอกสาร
- จัดให้มีกิจกรรมแบ่งปันบทเรียนที่ได้เรียนรู้ในระดับฐานรากและสร้างโอกาสในการหารือระหว่างฝ่ายไทยและผู้ปฏิบัติงานชาวญี่ปุ่น ทั้งนี้ ประเทศญี่ปุ่นกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระบบไฟฟ้า (Electric IT)
- ให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อขยายการเข้าถึงระบบข้อมูลการส่งต่อไปยังผู้ให้บริการดูแลระยะยาว

5.2) ความร่วมมือทางวิชาการระหว่างโรงพยาบาลและผู้ให้บริการการดูแลระยะยาวอื่นๆ

จากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสาร มักมีการกล่าวถึงความร่วมมือและการสนับสนุนทางวิชาการระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากพื้นที่นำร่องใหม่ของโครงการ S-TOP ที่ดูเหมือนว่ากำลังเผชิญกับความท้าทายในการพัฒนาความร่วมมือและการสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสนับสนุนและให้ความร่วมมือทางวิชาการ รวมถึงข้อมูลการส่งต่อ ความร่วมมือและการสนับสนุนทางวิชาการนับเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเติมเต็มช่องว่างศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ดังตัวอย่างแนวทางปฏิบัติที่ดีของพื้นที่สุราษฎร์ธานีและพื้นที่อื่นๆ ตามรายละเอียดในข้อ 3.3

ในขณะเดียวกัน จากประสบการณ์การดำเนินงานภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 พื้นที่นำร่องบางแห่ง ค้นพบว่าการแพทย์ทางไกลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างมาก ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้สำหรับการดูแลและการสนับสนุนทางเทคนิคของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ให้กับโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ได้

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสามารถให้การสนับสนุนทางวิชาการและกำกับดูแลการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ดังที่กล่าวไว้ใน **“1.1) บทบาทของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในการให้บริการที่ไร้รอยต่อ”** (หน้า 32)
- ด้วยความร่วมมือจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนสามารถทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ รพ.สต. และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน เพื่อให้การดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

- อาจพิจารณาจัดตั้งสถาบันฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับภูมิภาค โดยให้มีบทบาทและหน้าที่ในการจัดการความรู้ทางด้านวิชาการ

5.3) ระบบข้อมูลย้อนกลับจากการดูแลระยะยาวเข้าสู่การรักษาในระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะกลาง

ประเด็นสำคัญสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปคือ การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวทั้งหมดของผู้ป่วย ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากการรักษาแล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจากการรับบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดการดูแล ทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง และระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาในทางปฏิบัติและประเด็นที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตาม ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่นำร่องต่อประเด็นดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการหารืออย่างรอบคอบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ของทรัพยากรที่มีอยู่และการบริหารจัดการที่จำเป็น

6. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวในการดูแลอย่างไร้รอยต่อโครงการ S-TOP

6.1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม การรักษาแรงจูงใจ และการสร้างความรู้สึกความเป็นเจ้าของในการฟื้นฟูความสามารถเพื่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่บ้าน

<u>การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย</u>

- พิจารณาการตัดสินใจใน 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับครอบครัว สำหรับการตั้งเป้าหมายส่วนบุคคลและการปรับรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และ 2) ระดับชุมชน สำหรับรูปแบบบริการและกิจกรรม/บริการที่จะจัดให้กับผู้ป่วย
- ควรวิเคราะห์ความท้าทายในรายละเอียดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการตัดสินใจและค้นหาวิธีการที่จะช่วยอำนวยความสะดวกในการทำความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ระหว่างการประชุมและการปรึกษาหารือร่วมกัน
- สิ่งสำคัญคือ ควรติดตามและประเมินผลว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวนั้น มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือไม่ อย่างไร โดยการติดตามการเปลี่ยนแปลงของ ADL และ/หรือการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

<u>แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP</u>

- จัดทำตารางกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการเพื่อทำความเข้าใจขั้นตอน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะกลาง ตลอดจนการฟื้นฟูในระยะยาว ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างการแบ่งปันข้อมูลและการทำงานร่วมกันของกลุ่มอาสาสมัครที่ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

6.2) การพัฒนา/ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ

ตามที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อทรัพยากรบุคคลว่า การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และ/หรือบุคลากรเฉพาะทางด้านการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวเป็นความท้าทายสำคัญ ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องให้การฝึกอบรมและเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายในกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว **เนื่องจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอและมีภาระงานมาก** ทั้งนี้ ความแตกต่างในความเข้าใจเรื่องของการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวระหว่างผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวก็เป็นอีกประเด็นที่น่ากังวล นอกจากนี้ยังพบว่าในบางกรณี สมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมการฝึกอบรมหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการมักไม่ใช่คนที่ให้การดูแลผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่บ้าน

<u>การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย</u>

- ควรมีการจัดระเบียบบุคลากรดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลที่ดี เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
- สร้างความตระหนักของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น

- พัฒนาสื่อการสอนและสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สื่อการสอนดังกล่าวจำเป็นต้องเข้าใจง่าย อาทิ คลิปวีดิโอ ผ่านการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
- สร้างช่องทางการให้คำปรึกษา ในกรณีที่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลต้องการปรึกษาหากเกิดความไม่มั่นใจในข้อมูล พบปัญหาในการทำความเข้าใจ หรือในกรณีฉุกเฉิน
- แบ่งประเภทครอบครัวออกเป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและกลุ่มที่ให้ความร่วมมือน้อย และพัฒนาระบบสนับสนุนให้กับกลุ่มหลัง โดยทีมของ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- สนับสนุนการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว โดยร่วมมือกับสถาบันสิรินธรฯ หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

7. การดำเนินงานของโครงการ S-TOP

7.1) การประชุมตามโครงสร้างการดำเนินงาน/คณะทำงาน (Working Team)

โครงการ S-TOP จัดการประชุมคณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ การประชุมคณะทำงานมีบทบาทสำคัญในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นประโยชน์และรายงานความคืบหน้าของการดำเนินงาน ตลอดจนเป็นเวทีสำหรับการหารือเกี่ยวกับความคืบหน้าของกิจกรรมใน **'พื้นที่นำร่อง'** อย่างไรก็ตามพบว่าในบางครั้ง เป็นเรื่องยากที่จะหารือในรายละเอียดที่มีนัยสำคัญเกี่ยวกับความคืบหน้าของกิจกรรมในพื้นที่นำร่องและแนวทางกิจกรรมต่อไปในที่ประชุม

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- ปรับเปลี่ยนโครงสร้างสมาชิกคณะทำงาน เพื่อปฏิรูปกลไกการดำเนินงานภายในของโครงการ S-TOP
- พิจารณาวิธีการสื่อสารระหว่างฝ่ายไทยและฝ่ายญี่ปุ่นในรูปแบบอื่นๆ

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- หารือเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินกิจกรรมของพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP
- อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานต่างๆ ของโครงการ ให้กับบุคลากรหลักและที่ปรึกษาซึ่งมีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติงานในพื้นที่และมีอิทธิพลต่อประเด็นสำคัญต่างๆ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- ริเริ่มจัดตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน ซึ่งประกอบด้วยผู้ประสานงานหลักและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นเฉพาะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ อาทิ คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล คณะอนุกรรมการด้านการบริหารการเงินร่วมกับ สปสช. และคณะอนุกรรมการด้านการให้บริการการดูแลในศูนย์ดูแลตอนกลางวันร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ
- เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญระยะสั้นและ/หรือทรัพยากรบุคคลด้านอื่นๆ ของญี่ปุ่น อาทิ ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาลหรือ การดูแลสุขภาพสำหรับการดูแลระยะกลาง และผู้เสริมสร้างความเข้มแข็งในการพัฒนาศักยภาพการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ

7.2) บทบาทการดำเนินงานของผู้ประสานงานหลักของโครงการ: สธ. พม. และ สปสช.

โครงการ S-TOP จำเป็นต้องเพิ่มการประสานงานและการประชุมต่างๆ ตลอดจนการหารือร่วมกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐของแต่ละหน่วยงาน ที่มีบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ เนื่องจากความร่วมมือระหว่างกระทรวงที่เป็นหน่วยงานดำเนินงานหลัก มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- หารือร่วมกับกระทรวง พม. เพื่อปรับใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั่วประเทศให้เป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน และให้บริการหลังการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวอย่างครอบคลุม

- หารือร่วมกับ สปสช. ในการบริหารจัดการด้านการเงิน โดยใช้ประโยชน์และบทเรียนจากการลองผิดลองถูกในพื้นที่นำร่อง
- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้เป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว ตลอดจนการอำนวยความสะดวกในระดับพื้นที่

7.3) ระบบการติดตามและประเมินผลกิจกรรมของพื้นที่โครงการ

โครงการ S-TOP มีการติดตามและประเมินผลจากการรวบรวมข้อมูลผ่านแบบฟอร์มเอกสาร (หรือแบบฟอร์ม 4) ซึ่งแจกให้กับผู้ประสานงานหลักในพื้นที่นำร่อง รวมทั้ง การลงพื้นที่สังเกตการณ์โดยผู้เชี่ยวชาญของโครงการ ทั้งนี้ ความแตกต่างของข้อมูลในแบบฟอร์มที่ผู้ประสานงานโครงการจากแต่ละพื้นที่นำร่องระบุข้อมูล สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของกิจกรรมและการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามพบว่า **การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบของแต่ละพื้นที่ อาทิ ปริมาณหรือคุณภาพ (ADL) ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลางที่เข้าเกณฑ์ และจำนวนผู้ป่วยจริงที่ได้รับการดูแลระยะกลาง ยังไม่ได้รับการพัฒนาที่ดีมากนัก ดังนั้นจึงเป็นความยากของโครงการ S-TOP ในการติดตามและประเมินประสิทธิผลของบางกิจกรรม**

<u>แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP</u>

- ทบทวน/ ปรับวิธีการรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจรวมถึงการรวบรวมข้อมูลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากแบบฟอร์ม 4 และการปรับปรุงแบบฟอร์ม 4 เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา โดยในที่นี้อาจหมายรวมถึงการนำ ICF มาปรับใช้
- พัฒนาการจัดทำบทสรุปโครงการ เพื่อให้เห็นภาพแนวทางปฏิบัติที่ดีของพื้นที่นำร่อง อาทิ พื้นที่สุราษฎร์ธานีและขอนแก่น
- หารือร่วมกับผู้แทนของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรวบรวมข้อมูล และการติดตามและประเมินผล
- หารือเกี่ยวกับเนื้อหาของแบบฟอร์ม 4 และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ สปสช. เขตพื้นที่ และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (ควรจัดลำดับความสำคัญในการลงพื้นที่) รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขด้วย

7.4) การประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ/การฝึกอบรมในประเทศ และความร่วมมือทางวิชาการ

ในช่วง 2 ปีครึ่งที่ผ่านมา ฝ่ายไทยและโครงการ S-TOP ได้จัดงานสัมมนาระดับชาติ 2 ครั้ง และงานสัมมนาทางวิชาการ 1 ครั้ง ภายใต้ความร่วมมือกับอาสาสมัครของไจก้า งานประชุมสัมมนาระดับชาติมีอิทธิพลอย่างมากในการส่งเสริมบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทย ผ่านการนำเสนอรูปแบบบริการที่ได้รับการพัฒนาต้นแบบในแต่ละพื้นที่นำร่อง งานสัมมนาดังกล่าวนับเป็นโอกาสที่ดีให้กับพื้นที่นำร่องในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ดังนั้น โครงการ S-TOP จึงควรสนับสนุนการจัดงานสัมมนาระดับชาติและ/หรืองานสัมมนาทางวิชาการในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ด้วยผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โครงการ S-TOP อาจจำเป็นต้องพิจารณาการดำเนินการ ในรูปแบบใหม่ทดแทนการสัมมนาแบบออฟไลน์ดังกล่าว

<u>แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP</u>

- สนับสนุนและเสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการในการจัดงานสัมมนาระดับชาติและ/หรืองานสัมมนาทางวิชาการต่างๆ ในประเทศไทย
- พิจารณาการจัดงานสัมมนาในรูปแบบใหม่ อาทิ การใช้ระบบออนไลน์ ในกรณีที่มีข้อจำกัดซึ่งเกิดจากผลของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

7.5) หัวข้อการฝึกอบรมในประเทศและในญี่ปุ่น

ตารางที่ 3.1 หัวข้อการฝึกอบรมในประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

หัวข้อ	เนื้อหา/ผู้บรรยาย	สถานที่จัดอบรม
ปริมาณบริการการดูแลระยะกลาง	บรรยายประสบการณ์จากประเทศญี่ปุ่น	ประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบออนไลน์
การฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ช่วงแรกเริ่มในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด การจัดการความเสี่ยง การรับประทานอาหาร (การกลืน) และการขับถ่าย การฝึกอบรมในหัวข้อดังกล่าวบรรยายโดยผู้เชี่ยวชาญระยะสั้นจากประเทศญี่ปุ่น ซึ่งต้องเจอกับข้อจำกัดด้านเวลาและการปฏิบัติทางการแพทย์ในประเทศไทย	ประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบออนไลน์
ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL)/คุณภาพชีวิต (QOL)	การสัมมนาเรื่อง ICF (คล้ายกับที่จัดในจังหวัดขอนแก่นในปี 2562)	ประเทศไทย รูปแบบออนไลน์
การทำงานเป็นทีม	การบรรยายเรื่องแนวปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการทำงานเป็นทีมในประเทศญี่ปุ่น โดยผู้เชี่ยวชาญระยะสั้น (อาทิ คุณอาซามิ นักกิจกรรมบำบัด/อดีตอาสาสมัครอาวุโส มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) หรือรวมถึงการบรรยายที่คล้ายกับการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น การบรรยายและประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่รับการดูแลระยะกลางพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย	ประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบออนไลน์
การพัฒนาทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลระยะกลาง	การฝึกอบรมระยะยาวสำหรับนักกายภาพบำบัด ซึ่งจะดำเนินการร่วมกับอาสาสมัครไจก้า การฝึกอบรมนักกายภาพบำบัด ระยะ 1-2 สัปดาห์ ซึ่งจะจัดขึ้นในประเทศไทยหรือญี่ปุ่น (คลินิกอิชิอิ มหาวิทยาลัยสุขภาพฟูจิตะ หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคาเคยู)	ประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบออนไลน์
การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง	การฝึกอบรมด้านการแพทย์และการประกันการดูแลระยะยาวให้กับ สปสช.	ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบออนไลน์
บริการการดูแลระยะยาว	การนำเสนอและแนะนำการจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันของประเทศญี่ปุ่น การจัดการการดูแล บรรยายโดยคุณฮาเซกาว่า ประธานสมาคมการจัดการการดูแล สำหรับพื้นที่ชลบุรี ภูเก็ต เชียงใหม่ (พื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ของโครงการ LTOP) และสุราษฎร์ธานี	ประเทศไทย รูปแบบออนไลน์

หัวข้อ	เนื้อหา/ผู้บรรยาย	สถานที่จัดอบรม
ระบบการส่งต่อข้อมูลจากการรักษาในระยะเฉียบพลันไปสู่การดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	การบรรยายกรณีศึกษาในประเทศญี่ปุ่น เกี่ยวกับการแบ่งปันข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในระดับภูมิภาค/โรงพยาบาลระยะวิกฤติ และสถานบริการการดูแลระยะกลาง (ใบผ่านการประชุมปรึกษารายกรณี ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ฯลฯ) การบรรยายเรื่อง **“แส้นทางการทำงานร่วมกันโดยมีชุมชนเป็นฐาน”** หรือบทบาท/ หน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (เพื่อเป็นการทดลอง ผู้เชี่ยวชาญระยะยาวอาจบรรยายโดยใช้เอกสารของโรงพยาบาล Kainan และโรงพยาบาล Kaikokai จากนั้นโครงการอาจจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญระยะสั้น หากจำเป็น)	ประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบออนไลน์
การส่งข้อมูลย้อนกลับจากการดูแลระยะยาวสู่การรักษาในระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะกลาง	การบรรยายเรื่อง การฟื้นฟูตามหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ข้อมูล (มหาวิทยาลัยสุขภาพฟูจิตะ)	ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบออนไลน์
อื่นๆ	การบรรยายและการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสมองเสื่อม (การบรรยาย: Tokyo Roken การฝึกปฏิบัติ: มหาวิทยาลัยซากุ) การฝึกปฏิบัติการปรับปรุงสภาพบ้านและอุปกรณ์ช่วยเหลือ รวมถึงการประเมินผลและการประยุกต์ใช้แนวคิดที่สร้างสรรค์ (จัดส่งอาสาสมัครไจก้า ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคาเคยุ)	ประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น รูปแบบออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (มกราคม 2562). ระบบข้อมูลออนไลน์. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2563, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: http://training.dms.moph.go.th/rtdc//storage/app/uploads/public/5d2/541/bd6/5d2541bd6b48d807388472.pdf

กองบริหารการสาธารณสุข. (2562). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง. สมุทรปราการ: กอง, บริหารการสาธารณสุข.

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์,. (17 กุมภาพันธ์ 2563). การนำเสนอรายงานความคืบหน้า: โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ. การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทยThailand.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข. (ธันวาคม 2560). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,. (นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี, Ed.) สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2563, จากกระทรวงสาธารณสุข: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsplan2017Eng.pdf



3.3 บทสรุปแนวทางปฏิบัติที่ดีในพื้นที่นำร่อง

ตารางสรุปแนวทางปฏิบัติที่ดีด้านล่างนี้แสดงให้เห็นถึงจุดแข็งในแต่ละด้านของพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง เรื่องราวความสำเร็จของการดูแลที่ไร้รอยต่อนี้ได้รับการรวบรวมจากการทบทวนเอกสาร (รวมถึงการประชุมคณะกรรมการอำนวยการโครงการ) การสัมภาษณ์ และการยืนยันจากทีมโครงการ S-TOP

ตารางที่ 3.2 แนวทางปฏิบัติที่ดีในแต่ละพื้นที่นำร่อง

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
1	**การส่งมอบบริการการดูแลระยะกลาง**								
1.1	บทบาทของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในการให้บริการที่ไร้รอยต่อ		โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป และรับผิดชอบการดำเนินการการดูแลระยะกลางอย่างครอบคลุมในจังหวัด 1. โรงพยาบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการการดูแลระยะกลางขึ้น เพื่อบริหารจัดการแผงผังลำดับขั้นตอนการดูแลระยะกลางในจังหวัด ซึ่งครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งในระดับจังหวัดและพื้นที่บริการ 2. โรงพยาบาลได้จัดทำเกณฑ์และเงื่อนไขสำหรับผู้ป่วยที่จะได้รับการส่งต่อเข้ารับการดูแลระยะกลางในจังหวัด 3. โรงพยาบาลได้จัดให้มีการฝึกอบรมแนะนำด้านการดำเนินการการดูแลระยะกลางให้กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมากำลังพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในการกระจายผู้ป่วยระยะกลางไปยังโรงพยาบาลชุมชน [การลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลโครงการ S-TOP ธันวาคม 2562]			1. โรงพยาบาลชลบุรีเป็นแกนนำในการดำเนินงานการดูแลระยะกลางในจังหวัด โดยให้คำปรึกษาและถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลชุมชนอย่างกระตือรือร้น อีกทั้งยังได้จัดทำโปรแกรมการติดตามการดำเนินงานการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชน โดยติดตามความคืบหน้าและประเด็นท้าทายในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ และจัดให้มีการประชุมปรึกษารายกรณีเพื่อหารือแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เมื่อจำเป็น 2. ในส่วนของการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลชลบุรีเป็นแกนนำในการส่งเสริมให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน โดยการกระตุ้นและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [การสัมภาษณ์ รหัส 012]	การดำเนินงานการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีสามารถเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดี ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1. จังหวัดสามารถจัดหาเตียงให้บริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยในได้ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งของจังหวัด รวมทั้งจัดให้มีบริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกและในชุมชน รวมทั้งมีระบบส่งกลับเพื่อการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยในอีกด้วย 2. มีการจัดตั้งเครือข่ายทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลระยะกลางในจังหวัด เริ่มตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน 3. พัฒนาแผนการติดตามการดูแลระยะกลางจนครบระยะเวลาการฟื้นฟู 6 เดือน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1]	
1.2	ปริมาณของบริการการดูแลระยะกลาง	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาบริหารจัดการเตียงสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง โดยแบ่งออกเป็นการดูแลระยะกลางกรณีรุนแรงและกรณีที่ไม่รุนแรง และจัดให้มีชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป ตามความรุนแรงของอาการ	โรงพยาบาลขอนแก่น 2 ก่อตั้งขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลระยะกลางของจังหวัด โรงพยาบาลมีจำนวนเตียงรวม 60 เตียง เพื่อรองรับการให้บริการการดูแลระยะกลางสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น		โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 มีเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลระยะกลาง ที่ให้บริการการดูแลระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก และการดูแลฟื้นฟูในชุมชน ของจังหวัด [การสัมภาษณ์ รหัส 020]	จะมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยฟื้นฟูที่ต้องการการดูแลระยะกลางในปี 2564 เพื่อให้สามารถรองรับผู้ป่วยฟื้นฟูได้มากขึ้น [การลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลโครงการ			

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
		[การลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลโครงการ S-TOP พฤศจิกายน 2562]	[การสัมภาษณ์ รหัส 003]			S-TOP กรกฎาคม 2562/ การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 2]			
1.3	**คุณภาพของบริการการดูแลระยะกลาง**								
	1.3.1 การเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ช่วงแรก	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาจัดให้มีบริการฟื้นฟูตั้งแต่ช่วงแรกและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้นอย่างสม่ำเสมอ หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนครพิงค์ [แบบฟอร์ม 4 : ไตรมาสที่ 1]		ในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พยาบาลจะเข้าไปมีส่วนร่วมในให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ [S-TOP]					
	1.3.2 การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต	โรงพยาบาลนครพิงค์และสารภีบวรพัฒนาจัดให้มีการประเมินคุณภาพชีวิต [แบบฟอร์ม 4 :ไตรมาสที่ 1, ไตรมาสที่ 2] โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาแบ่งกลุ่ม ADL โดยให้ข้อมูลทั้งในรูปแบบข้อมูลดิบและร้อยละ รวมทั้งมีการระบุ ADL ในแต่ละกลุ่มคะแนน BI และกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งกำหนดตารางเวลาสำหรับการติดตามและระบุข้อสังเกตอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการและคะแนนที่ขาดหายไปของผู้ป่วยด้วย[การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3]				โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]		โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีประเมิน ADL โดยจำแนกประเภทบริการออกเป็นรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และบริการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้โรงพยาบาลยังจัดประเภท ADL โดยกล่าวถึงการเพิ่มขึ้นของคะแนน BI ในแต่ละกลุ่มโรค สำหรับรูปแบบผู้ป่วยนอกและบริการเยี่ยมบ้าน [การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3]	1) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต: ประเมินผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มเติม โดยการประเมินระดับการทำงานของแขนและมือ ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q/9Q) ทดสอบการวัดการทรงตัวและประเมินการควบคุมการเคลื่อนไหวของ Fugl-Meyer 2) ประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมิน Euro QOL (ปรับจากแบบประเมิน SF-36) [แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2] 3) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ประเมิน BI โดยแบ่งประเภทบริการออกเป็นรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และบริการในชุมชน

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
	1.3.3 การทำงานเป็นทีม	โรงพยาบาลนครพิงค์ ลงตรวจเยี่ยมผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลาง 3 กลุ่มโรคเป้าหมาย เป็นประจำทุกสัปดาห์ ขณะที่โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาก็ดำเนินการในพื้นที่เช่นเดียวกัน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลน้ำพองจัดประชุมปรึกษารายกรณีร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลเครือข่าย (ระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต.) [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3]	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน โดยให้คำปรึกษา ลงเยี่ยม และร่วมประชุมปรึกษารายกรณี [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1] ประชุมปรึกษารายกรณี เครือข่ายปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล [การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3]		โรงพยาบาลราชพิพัฒน์จัดประชุมเพื่อวางแผนการรักษา/ แผนการดูแลโดยทีมงาน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	ความสำเร็จของโรงพยาบาลชลบุรีในการใช้เครื่องมือ ICF ในการจัดทำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ [การทบทวนเอกสาร] และการประชุมปรึกษารายกรณีร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน นับเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดี สำหรับการดำเนินงานในรูปแบบทีม [การสัมภาษณ์ รหัส 012]	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ใช้เครื่องมือ ICF ในการจัดทำแผนการรักษาพยาบาล [การสัมภาษณ์ รหัส 006]	
	1.3.4 แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG)					โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ใช้แนวทางเวชปฏิบัติจากสถาบันวิจัยทางการแพทย์หลายแห่ง รวมทั้งแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยร่วมกับกับสถาบันประสาทวิทยา แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บทางไขสันหลัง โดยร่วมกับสถาบันสิรินธรฯ และแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำและการรับรู้ โดยบูรณาการแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE 2002) รวมทั้ง เกณฑ์อื่นๆ จากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ [การทบทวนเอกสาร และ รายงานการประชุมครั้งที่ 4_2562]			

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
2.	**บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง**								
	ระดับพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาจัดอบรมการดูแลระยะกลางให้กับอาสาสมัครจำนวน 64 คน [แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1]	①.โรงพยาบาลขอนแก่นจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลระยะกลางให้กับบุคลากร 1) การฝึกอบรมเพิ่มความรู้และทักษะด้านการดำเนินงานการดูแลระยะกลางให้กับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ระยะเวลา 3 วัน 2) การฝึกอบรมสำหรับพยาบาล ระยะเวลา 2 วัน 3) การฝึกอบรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาล ระยะเวลา 3 วัน 4) การฝึกอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาล ระยะเวลา 4 เดือน 5) การฝึกอบรมสำหรับ รพ.สต. ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ระยะเวลา 3 วัน 6) การฝึกอบรมนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัด ระยะเวลา 5 วัน[แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2] ②.โรงพยาบาลน้ำพองจัดอบรมด้านการดูแลระยะกลางให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 150 คน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2] ③.ทีมบริการด้านการแพทย์ของ รพ.สต. บ้านคำบง และ รพ.สต. สะอาด ลงเยี่ยมผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อติดตามและประเมินผลการอบรม	ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอส่งพยาบาลเข้าร่วมประชุมวิชาการการบำบัดฟื้นฟูสภาพด้านการกลืน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1]	โรงพยาบาลบางกรวยส่งนักกายภาพบำบัดลงไปปฏิบัติงานที่ รพ.สต. เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านกายภาพบำบัดใน รพ.สต. [การสัมภาษณ์ รหัส 001]	ปฏิบัติการการบำบัดฟื้นฟูสภาพด้านการกลืนของสถาบันสิรินธรฯ [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1] 3) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลระยะกลางให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 9 ราย [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1]	โรงพยาบาลชลบุรีจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคล 1) ส่งพยาบาลเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 4 เดือน 2) จัดอบรมพยาบาลฟื้นฟู ระยะเวลา 5 วัน 3) จัดอบรมด้านการสนับสนุนการบำบัดฟื้นฟู ระยะเวลา 2 วัน 4) ศึกษาดูงานแผนกฟื้นฟูระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลศิริราช [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจัดอบรมด้านกิจกรรมบำบัดให้กับนักภาพบำบัดของโรงพยาบาลบ้านนาเดิม และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย [การสัมภาษณ์ รหัส 006]	1) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต; ฝึกอบรมด้านการพูด การสื่อสารภาษา และการกลืน ให้กับนักกายภาพบำบัด [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2] 2) พยาบาลจาก รพ. วชิระภูเก็ต 4 ราย รพ. ป่าตอง 2 ราย และ รพ. ถลาง 2 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมหลักสูตรการบำบัดฟื้นฟู ระยะเวลา 3 วัน

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
3.	**การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง**								
3.1	การเงินสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับพื้นที่นำร่อง โครงการ S-TOP			ใช้ระบบการจ่ายเงินเพิ่มเติมภายใต้ สปสช. เขต - โรงพยาบาลต้นทางรับ 1,000 บาท/ราย -โรงพยาบาลปลายทางรับ 3,000 บาท/ราย [การประชุมของโครงการ S-TOP ร่วมกับ สปสช. มกราคม 2563]		โรงพยาบาลราชพิพัฒน์มีความคืบหน้าในการวิเคราะห์ต้นทุนเพื่อการกำหนดต้นทุนและรายรับสำหรับบริการการดูแลระยะกลาง โรงพยาบาลได้พัฒนากลไกการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะสำหรับโปรแกรมการดูแลในระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะกลาง [การทบทวนเอกสาร]	โรงพยาบาลชลบุรีได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริการการดูแลระยะกลางจาก สปสช. ในรูปแบบการจ่ายเงินเพิ่มเติม ซึ่งจัดสรรเงินสนับสนุนให้กับโรงพยาบาลต้นทาง (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) ในอัตรา 1,000 บาทต่อราย และโรงพยาบาลปลายทาง (โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะกลาง) ในอัตรา 3,000 บาทต่อราย * อย่างไรก็ตาม จำนวนเงินดังกล่าวควรเพิ่มเป็น 2,000 บาทต่อราย สำหรับโรงพยาบาลต้นทางและ 4,000 บาทต่อราย สำหรับโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการที่เกิดขึ้นจริงมากขึ้น [การสัมภาษณ์ รหัส: 012]		
4.	**บริการการดูแลระยะยาว**								
	การส่งมอบบริการ								
	4.1.1 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน				ความเป็นหุ้นส่วนที่เข้มแข็งของโรงพยาบาลเครือข่ายและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น ผนวกกับการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีการบริหารจัดการอย่างดีตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันจนถึงการดูแลระยะยาว อปท. และ สสจ. ได้ร่วมมือกันจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน เพื่อให้บริการการดูแลระยะยาวในพื้นที่อำเภอบางกรวยอย่างทั่วถึง [การสัมภาษณ์ รหัส 001]	โครงการหนึ่งชุมชน หนึ่งศูนย์ผู้สูงอายุ เป็นโครงการให้บริการการดูแลที่บ้าน ซึ่งชุมชนได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาล ทั้งนี้ชุมชนจะทำหน้าที่ในการคัดเลือกผู้ดูแล ขณะที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ทำหน้าที่ฝึกอบรมผู้ดูแล [แบบฟอร์ม 4; ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3]		ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันในพื้นที่ตำบลบ้านนาเป็นศูนย์ฯ ที่มีศักยภาพสูงในการให้บริการการดูแลระยะกลางควบคู่ไปกับบริการการดูแลระยะยาวและโปรแกรมการดูแลที่บ้าน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา [การสัมภาษณ์ รหัส 015]	

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
	4.1.2 บริการเยี่ยมบ้าน		1) ผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลขอนแก่นจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลน้ำพอง ซึ่งให้การดูแลระยะกลาง ทั้งนี้ ผู้ป่วยบางรายจะได้รับการส่งต่อไปยัง รพ.สต.และมีทีมพยาบาลลงเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมที่จัดไว้ให้ผู้ป่วยแต่ละราย [การสัมภาษณ์ รหัส 003] 2) โรงพยาบาลน้ำพองประสบความสำเร็จในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะยาวรายบุคคลให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายหลังจากสิ้นสุดการดูแลระยะกลาง โดยร่วมมือกับนักกายภาพบำบัด/ผู้ดูแลผู้สูงอายุใน รพ.สต. [การลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลโครงการ S-TOP กุมภาพันธ์ 2562]					โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีสามารถให้บริการดูแลระยะกลางได้ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และบริการที่บ้าน โดยมีนักกายภาพบำบัดของ รพ.สต. ในพื้นที่บริการให้บริการเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่ รพ.สต. ไม่มีนักกายภาพบำบัดจะมีนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ให้บริการเยี่ยมบ้านแทน [การสัมภาษณ์ รหัส 006]	โปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตที่ลงตรวจติดตามสภาวะสุขภาพและให้บริการกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง [แบบฟอร์ม 4; ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]
	4.1.3 การปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้าน/การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ					โรงพยาบาลราชพิพัฒน์สนับสนุนอุปกรณ์ในการฟื้นฟูและปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้าน [แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2] * บริการปรับปรุงบ้านและระบบบริการอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟู [แบบฟอร์ม 4; ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]			
	4.1.4 ระบบการจัดการการดูแล								

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
	4.1.5 ประเด็นอื่น ๆ		โรงพยาบาลน้ำพองร่วมพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับโปรแกรมการดูแลระยะยาวที่ รพ.สต. โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลน้ำพองและนักกายภาพบำบัด/ผู้ดูแลผู้สูงอายุของ รพ.สต. [การสัมภาษณ์ รหัส 009]			โครงการรถบริการรับ-ส่งผู้พิการและผู้สูงอายุจำนวน 30 คัน อย่างไรก็ตาม จำนวนดังกล่าวยังไม่เพียงพอและในทางปฏิบัติต้องจองล่วงหน้า 1-2 วัน โดยศูนย์รับเรื่อง (Call Center) เปิดทำการเวลา 9.00 น. [แบบฟอร์ม 4; ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3]			
4.2	การพัฒนาทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลระยะยาว	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบลอย่างต่อเนื่องและมีแผนที่จะขยายขอบเขตการดำเนินงานเพิ่มเติม [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1]	โรงพยาบาลน้ำพองจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้กับ รพ.สต. ในเครือข่ายของโรงพยาบาล และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการประเมินผลและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนส่งต่อไปยังสถานีอนามัย [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]		โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 1) จัดอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูการพูด การสื่อสารภาษาและการกลืนให้แก่นักกายภาพบำบัดและพยาบาลใน รพ.สต. 2) จัดอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูและแนะนำการใช้อุปกรณ์ให้แก่อาสาสมัครดูแลสุขภาพและผู้ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันในชุมชน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพทางวิชาการให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวผ่านโครงการ Home Clinic [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลชลบุรีจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ/ ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยบำบัดและปฏิบัติงานใน รพ.สต. หนองไม้แดงและโรงพยาบาลเมือง นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังได้ประสานงานกับหน่วยบริการสาธารณสุขและ รพ.สต. โดยรอบ ในการส่งมอบบริการการดูแลระยะกลางในชุมชน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลบ้านนาเดิมจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความสามารถทางด้านวิชาการให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ [การลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลโครงการ S-TOP ตุลาคม 2562]	
4.3	การเงินสำหรับการดูแลระยะยาว								
4.4	ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนในพื้นที่	สสจ. เชียงใหม่ จัดประชุมระดมความคิด เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนงานด้านการแพทย์และชุมชนท้องถิ่น [การสัมภาษณ์ รหัส 007]	1) เทศบาลตำบลสะอาดจ้างบุคลากรการทางการแพทย์ในตำแหน่งพยาบาล [ภาคผนวก 4.4: ข้อมูลสถานบริการการดูแลระยะยาว] 2) เทศบาลตำบลสะอาดจัดบริการรถรับ – ส่งผู้สูงอายุเพื่อมารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน โดยใช้รถตู้ที่มีการติดตั้งอุปกรณ์ยกรถเข็น [การลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลโครงการ S-TOP กุมภาพันธ์ 2562]		1) เทศบาลตำบลบางสีทองจ้างนักกายภาพบำบัดเพื่อให้บริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันและในชุมชน โดยใช้งบประมาณของเทศบาล [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1] 2) เทศบาลตำบลบางสีทองจัดบริการรถรับ – ส่งผู้สูงอายุ เพื่อมารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน โดยใช้รถตู้ที่มีการติดตั้งอุปกรณ์ยกรถเข็น [การลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลโครงการ S-TOP กรกฎาคม 2562]		องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวงจ้างบุคลาการทางการแพทย์ในตำแหน่งพยาบาล [ภาคผนวก 4.4: ข้อมูลสถานบริการการดูแลระยะยาว].	1) เทศบาลตำบลบ้านนามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันและได้ส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุลงไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน [การสัมภาษณ์ รหัส 015] 2) เทศบาลตำบลบ้านนาจัดบริการรถรับ – ส่งผู้สูงอายุเพื่อมารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน โดยใช้รถตู้ที่มีการติดตั้งอุปกรณ์ยกรถเข็น [การลงพื้นที่ติดตามและประเมินผลโครงการ S-TOP ตุลาคม 2562].	

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
								3) รพ.สต. ห้วยใหญ่ จัดอบรมเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการดูแลระยะกลางให้กับผู้นำชุมชน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1]	
5.	**ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**								
5.1	ระบบการส่งต่อข้อมูลจากการรักษาในระยะเฉียบพลันไปยังการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว		มีการใช้โปรแกรม Stroke @ BI ของโรงพยาบาลขอนแก่น ในการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในโรงพยาบาลเครือข่าย [การทบทวนเอกสาร, การสัมภาษณ์ รหัส 010]			มีการใช้โปรแกรม BMA Home Ward ซึ่งเป็นระบบข้อมูลการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลภายใต้สำนักการการแพทย์ และศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร [แบบฟอร์ม 4 ;ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3]		โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จัดโครงการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อแนะนำและส่งเสริมการใช้โปรแกรม SMART COC เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลสำหรับการส่งต่อ ข้อมูล สสจ. สุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลมีแผนที่จะส่งเสริมการใช้โปรแกรม SMART COC โดยคาดหวังให้มีการดำเนินการอย่างกว้างขวางในโรงพยาบาลเครือข่ายทุกแห่งในจังหวัด [การสัมภาษณ์ รหัส 006]	
5.2	ความร่วมมือทางวิชาการระหว่างโรงพยาบาล			การกำกับติดตามโรงพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาผ่านการประชุมและลงเยี่ยม [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]			การกำกับติดตามโรงพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลชลบุรีผ่านการประชุมและลงเยี่ยม [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	จัดประชุมปรึกษารายกรณีร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลชุมชน	
5.3	ระบบข้อมูลย้อนกับจากการดูแลระยะยาวเข้าสู่การรักษาในระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะกลาง								

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
6.	**การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวในการดูแลอย่างไร้รอยต่อ โครงการ S-TOP**								
6.1	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	1) โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา: แบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลการแพทย์เพื่อให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรม [การทบทวนเอกสาร] 2) โรงพยาบาลนครพิงค์ : ตั้งเป้าหมายระยะยาวในการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลระยะกลางและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูอย่างจริงจัง [การสัมภาษณ์ รหัส 011] 3) โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา ตั้งเป้าหมายระยะยาวในการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2].	โรงพยาบาลน้ำพองจัดการประชุมทีมร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อตั้งเป้าหมายการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ด้วยการบูรณาการแนวคิด ICF [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1]	โรงพยาบาลหัวทะเลจัดทำแนวทางการพัฒนาเพื่อวางแผนและจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย/ สมาชิกในครอบครัวที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับศักยภาพและความสามารถด้านการเรียนรู้ของผู้ป่วย [แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1]	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าใช้แบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลทางการแพทย์ เพื่อให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรมด้วยการประเมินโดยผู้เข้าร่วม [แบบฟอร์ม 4 : ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	ไม่มี	โรงพยาบาลชลบุรีบันทึกและติดตามความคืบหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้ง พัฒนาคุณภาพของการบริการรูปแบบผู้ป่วยนอกและในชุมชน โดยใช้เครื่องมือ ICF ในการประชุมทีม 1-2 ครั้ง/ เดือน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลบ้านนาเดิมจัดการประชุมร่วมระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสมาชิกในครอบครัวเพื่อกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูทั้งในระยะสั้นและระยะยาว วางแผนการฟื้นฟูและวางแผนการจำหน่ายออก นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังสนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาทักษะด้านการดูแลและฟื้นฟูให้แก่สมาชิกในครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลชิระภูเก็ตและโรงพยาบาลป่าตอง: การตรวจสอบ “ความสามารถ” ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหลังการฝึกอบรม ซึ่งพบว่าร้อยละ 100 ของผู้ป่วย/ สมาชิกในครอบครัว ผ่านการประเมิน 100% [การนำเสนอ PMS ครั้งที่ 4]
6.2	การพัฒนา/ ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ		1) โรงพยาบาลขอนแก่นจัดทำคู่มือเพื่อให้คำแนะนำสำหรับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมกับสมุดบันทึกเพื่อติดตามและบันทึกความก้าวหน้าของการฟื้นตัวและการทำกิจกรรมต่างๆ [การสัมภาษณ์ รหัส 003] 2) โรงพยาบาลน้ำพองจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือและความกระตือรือร้นของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว: [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน [การทบทวนเอกสาร ไตรมาสที่ 1]	ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าให้คำแนะนำในการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจนคำแนะนำสำหรับโปรแกรมการดูแลที่บ้านแก่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์: จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ขณะที่ ชุมชนเป็นผู้จัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุและสถานที่สำหรับการดำเนินโครงการหนึ่งชุมชนหนึ่งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีศูนย์บริการสุขภาพเป็นผู้จัดอบรมหลักสูตรผู้ดูแล [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2] โรงพยาบาลจัดให้มีโปรแกรมการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยและครอบครัว [การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 2]	โรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามจัดอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้แก่สมาชิกในครอบครัว นักกายภาพบำบัดสอนเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลที่บ้านให้แก่ผู้ดูแล [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจัดการประชุมร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด) และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการดูแลในชุมชน [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 2]	โรงพยาบาลชิระภูเก็ต โรงพยาบาลป่าตอง โรงพยาบาลถลาง: สร้างสื่อการออกกำลังกายสำหรับการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและบำบัดการพูด [การทบทวนเอกสาร: ไตรมาสที่ 1]

	หัวข้อ/ พื้นที่นำร่อง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	นครราชสีมา	นนทบุรี	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	สุราษฎร์ธานี	ภูเก็ต
			(1) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สอนผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น (2) ทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ให้การฝึกอบรมฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (3) นักกายภาพบำบัดจัดทำคลิปวีดีโอสาธิตการยืนและการเดินสำหรับผู้ป่วย (4) พยาบาลให้ข้อมูลและคำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ 3) ทีมแพทย์ของ รพ.สต. บ้านคำบง และ รพ.สต. สะอาด ลงเยี่ยมผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมหลังการฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัวเพื่อติดตามและประเมินผลการฝึกอบรม [แบบฟอร์ม 4: ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2]						
7.	**การดำเนินงานของโครงการ S-TOP**								
7.1	การประชุมตามโครงสร้างการดำเนินงาน/ คณะทำงาน (WT)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
7.2	บทบาทการดำเนินงานของผู้ประสานงานหลักของโครงการ: สธ. พม. และ สปสช	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
7.3	ระบบการติดตามและประเมินผลกิจกรรมของพื้นที่โครงการ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
7.4	การประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ/ การฝึกอบรมในประเทศและความร่วมมือทางวิชาการ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	นำกรอบแนวคิด ICF ที่ได้จากการฝึกอบรมในประเทศมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย [การทบทวนเอกสาร]	นำกรอบแนวคิด ICF ที่ได้จากการฝึกอบรมในประเทศมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย [การทบทวนเอกสาร]	ไม่มี
7.5	หัวข้อการฝึกอบรมในประเทศและในญี่ปุ่น	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

4. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การริเริ่มและดำเนินการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมที่ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ นับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ในการเตรียมความพร้อมของประเทศไทยเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง แนวทางและรูปแบบบริการของโครงการ S-TOP น่าจะเป็นประโยชน์และนำไปสู่การเตรียมความพร้อมของสังคมไทย ผ่านการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายรูปแบบการให้บริการที่ครอบคลุมบริการด้านการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง จนถึงถึงระยะยาว ซึ่งมีการพิจารณาและคำนึงถึงมุมมองทางสังคมในมิติที่หลากหลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบบริการการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาอยู่ในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง ให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ประสบการณ์การดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งพื้นที่นำร่องได้นำไปปรับใช้ตามบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่ น่าจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทย

จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ในระหว่างการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางพบว่า การดำเนินโครงการเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับมาตรการขับเคลื่อนเรื่องสังคมสูงอายุของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่นำร่องยังแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการดำเนินโครงการ ดังจะเห็นได้จากแนวทางปฏิบัติที่ดีที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ในรายงานฉบับนี้ ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่การจัดตั้ง หอผู้ป่วยฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชน การให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ล้วนเป็นตัวอย่างความสำเร็จของโครงการและสามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อการขยายรูปแบบบริการการดูแลระยะกลางทั่วประเทศ

อย่างไรก็ตาม ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในพื้นที่นำร่อง การดำเนินโครงการต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ อาทิ ความสามารถทางวิชาการสำหรับการดูแลระยะกลางที่จำกัด การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สำหรับการบริการการดูแลระยะกลาง และระบบการเงิน ดังนั้น ความร่วมมือและความมุ่งมั่นอย่างแข็งขันของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินโครงการในระยะต่อไป นอกจากนี้ สถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ยังกลายเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อแนวทางการดำเนินโครงการและนำไปสู่ความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนกรอบการทำงานในอนาคต

จากมุมมองทางด้านวิชาการพบว่า การขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติด้านการดูแลสุขภาพที่ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุสู่การปฏิบัตินั้น จำเป็นต้องพิจารณาและจัดทำแนวทางการดูแลระยะยาว (Technical Guideline) ซึ่งรวมถึงศัพท์เฉพาะทางที่ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาและการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมาตรฐานการประเมินภาวะสุขภาพที่จำเป็นการดำเนินโครงการมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการทางสังคม และการสนับสนุนการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อโดยมีชุมชนเป็นฐาน ผ่านความร่วมมือแบบบูรณาการของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และขยายผลรูปแบบบริการดังกล่าวไปทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม แนวทางการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่นั้นอาจขึ้นอยู่กับ ความต้องการที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างในบริบทและทรัพยากรของพื้นที่ ทั้งนี้จำนวนพื้นที่โครงการและวิธีการที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่นับเป็นความท้าทายสำคัญในการติดตามผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน

จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ของพื้นที่นำร่องโครงการ คาดว่าโครงการจะสามารถระบุความต้องการในการดูแลระยะกลางได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งจากพื้นที่นำร่องและผู้ประสานงานโครงการในระดับประเทศ ตลอดจนสามารถปรับตัวและตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างยืดหยุ่น อย่างไรก็ดี เนื่องจากแนวคิดและการดำเนินงานด้านการดูแลระยะกลางยังเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับความท้าทายและความต้องการต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ อันจะนำไปสู่การปรับปรุงและส่งเสริมการวางแนวทางรูปแบบการบริการที่ไร้รอยต่อและการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ที่ตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นวาระแห่งชาติของประเทศ ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพผล

ภาคผนวก 1

ขอบเขตของงาน

ภาคผนวกที่ 1

10 กรกฎาคม 2563

ขอบเขตของงาน



การทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง
โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (โครงการ S-TOP)
(ฉบับปรับปรุง)

1. ความเป็นมา

เนื่องด้วยประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐบาลไทยและไจก้าจึงได้ร่วมมือกันขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ด้วยการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “โครงการ S-TOP”) โดยเริ่มเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นโครงการที่ต่อยอดจากโครงการสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2560 จำนวน 2 โครงการก่อนหน้า โครงการ S-TOP มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันไปจนถึงระยะเรื้อรังผ่านการดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มเปราะบาง

หลังจากดำเนินการมาเป็นระยะเวลา 2 ปีพบว่า โครงการมีการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้การบริการดูแลแบบไร้รอยต่อในพื้นที่ นำร่องทั้ง 8 แห่ง ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา นนทบุรี ชลบุรี กรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก แรงขับเคลื่อนของนโยบายการดูแลระยะกลางในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ความซับซ้อนในเรื่องความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความท้าทายหลายประการทั้งที่มองเห็นได้และมองไม่เห็น ต่อการให้บริการการดูแลระยะกลาง (IMC) และการดูแลระยะยาว (LTC) ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลไทยและโครงการ S-TOP จึงได้ตัดสินใจทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง เพื่อประเมินความคืบหน้าและผลลัพธ์ของโครงการ อันจะนำไปสู่การวางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับช่วงระยะเวลาที่เหลือของโครงการ S-TOP ต่อไป

ทั้งนี้หวังว่า ผลจากการทบทวนระยะกลางจะได้มาซึ่งผลสัมฤทธิ์ ความท้าทาย และทิศทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการพัฒนาการบริการ การดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทยต่อไป

2. วัตถุประสงค์

1) เพื่อประเมินความคืบหน้าของโครงการ S-TOP และรวบรวมผลของสถานะการดำเนินงานในปัจจุบัน
2) เพื่อรวบรวมเสียงสะท้อนจากท้องถิ่นและภาคีที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้ระบุไว้ในเอกสาร รวมทั้งข้อเสนอแนะและความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3) เพื่อหารือเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะการดำเนินงานปัจจุบันของการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทย
4) เพื่อรับทราบทิศทางสำหรับการดำเนินงานโครงการ S-TOP ในช่วงครึ่งหลังที่ชัดเจน

3. ความรับผิดชอบของหน่วยงานคู่สัญญา

(1) หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องจัดทำการศึกษา โดยทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และจัดทำร่างเอกสารการอภิปรายผลการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง
(2) หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง ทั้งนี้ ระหว่าง

การศึกษาและทบทวนโครงการ หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องนำเสนอผลในข้อ 3. (1) ตามที่กล่าวข้างต้น และรวบรวมข้อมูลจากในที่ประชุมต่างๆ เพื่อจัดทำเอกสารผลการประชุม (G)[30]

(3) หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องติดต่อประสานงานกับโครงการ S-TOP อย่างใกล้ชิด เพื่อรายงานความคืบหน้าของงานที่ได้รับมอบหมายภายใต้สัญญานี้และรายงานปัญหา/ความท้าทายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตามกรอบเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้แน่ใจว่างานที่ได้รับมอบหมายจะดำเนินไปได้ด้วยดี

4. เนื้องาน

การทบทวนการดำเนินโครงการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ซึ่งหน่วยงานคู่สัญญามีหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานทั้งสองส่วนนี้

ส่วนที่ 1: จัดทำการประเมินก่อนการทบทวน ซึ่งประกอบไปด้วยการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ส่วนที่ 2: เข้าร่วมการประชุมผู้บริหารที่จัดให้มีขึ้นระหว่างภารกิจการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางจากประเทศญี่ปุ่นในเดือนตุลาคม ตามแผนที่วางแผนไว้ในขณะนี้

ส่วนที่ 1

(1) การประชุมก่อนการทบทวนร่วมกับโครงการ S-TOP

หลังจากลงนามในสัญญา หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องจัดทำแผนขั้นต้น (A) ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการสำรวจ พร้อมกรอบระยะเวลาและร่างแบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์ (B-1) ซึ่งต้องสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแนวทางการสำรวจ เนื้อหาการทบทวน และกรอบระยะเวลา ทั้งนี้ โครงการ S-TOP จะชี้แจงความต้องการและรายละเอียดที่ควรได้จากรายงานการทบทวนเอกสาร (C) โดยละเอียด รวมถึงมอบร่างและ/หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่โครงการได้จัดเตรียมไว้ให้

ภายหลังการหารือข้อมูลเกี่ยวกับร่างแบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์ (B-1) ครั้งที่ 1 ร่วมกับสมาชิกโครงการ S-TOP แล้ว หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องจัดทำแบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์ (B-2) ฉบับสมบูรณ์ และส่งให้กับโครงการ S-TOP ภายในช่วงกลางเดือนเมษายน

(2) การทบทวน

โครงการ S-TOP จะจัดเตรียมเอกสารสำหรับการทบทวนให้ ดังต่อไปนี้

ประเภทข้อมูล	ชื่อเอกสาร	หน่วย
ข้อมูลการดำเนินงานทั่วไปของโครงการ	เอกสารติดตามโครงการไจก้า (ทุก 6 เดือน)	3
	รายงานประจำเดือนของโครงการ (ภาษาญี่ปุ่น)	20
ข้อมูลจากพื้นที่นำร่อง	แบบฟอร์ม 1 แผนผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	8
	แบบฟอร์ม 2 ข้อมูลสำคัญ	ประมาณ 50
	แบบฟอร์ม 3 เอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์	ประมาณ 50
	แผนปฏิบัติงานของ 8 พื้นที่นำร่อง (พาวเวอร์พอยท์)	8
	แบบฟอร์ม 4 แผนกิจกรรมและตารางรายงานความคืบหน้ารายไตรมาส	ประมาณ 100
ข้อมูลจากภาครัฐส่วนกลาง	คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยกระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นเมื่อเดือนมกราคม 2562	1
	เอกสารอื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งมอบผ่านโครงการ	

[30] คำอธิบายของ (A) – (H) หมายถึงผลลัพธ์/สิ่งที่ส่งมอบ ซึ่งอธิบายไว้ในบทที่ 5

หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องจัดทำรายงานการทบทวนเอกสาร (C) ด้วยการทบทวนเอกสารดังกล่าวนี้ ทั้งนี้ รายงานฉบับนี้ (C) ต้องประกอบไปด้วยข้อมูลความก้าวหน้าและความท้าทายที่เกี่ยวกับบริการการดูแลระยะกลางและบริการการดูแลระยะยาวในพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลข้างต้น โดยดัดแปลงใช้กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) 6 ด้าน ได้แก่ การส่งมอบบริการ บุคลากรทางการแพทย์ ระบบข้อมูลการส่งต่อ การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ และอื่นๆ

นอกจากนี้ หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องจัดทำรายงานสำหรับ 4 พื้นที่นำร่อง เพื่อการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่นำร่องทั้ง 4 แห่ง (C-1) และพื้นที่อื่นๆ (C-2) และใช้ประโยชน์จากรายงานการทบทวนตามเอกสาร (C) ในภารกิจการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง

(3) การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจากหน่วยงานรัฐบาลกลางและพื้นที่นำร่องในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเพื่อการสัมภาษณ์ (B-2)

- การสัมภาษณ์ ให้ประกอบไปด้วยผู้แทนจาก 4 พื้นที่นำร่อง 2-4 ราย (2 แห่ง จากกรุงเทพฯ และพื้นที่ปริมณฑลใกล้เคียง และ 2 แห่งจากต่างจังหวัด) ผู้แทนกระทรวง สธ. กระทรวง พม. และ สปสช. อย่างละ 1 ราย บุคลากรสำคัญด้านการแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและการดูแลระยะกลาง 2-3 ราย และหัวหน้าที่ปรึกษาโครงการของโครงการ S-TOP ทั้งนี้ จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดจะอยู่ที่ประมาณไม่เกิน 20 ราย
- รัฐบาลไทยและโครงการ S-TOP จะคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ ก่อนการสัมภาษณ์
- ใช้ภาษาไทยเป็นหลักในการสัมภาษณ์ ยกเว้นการสัมภาษณ์หัวหน้าที่ปรึกษาโครงการ S-TOP
- ระยะเวลาในการสัมภาษณ์อยู่ที่ 30-60 นาที
- ตารางที่ 1.2 แสดงรายการข้อมูลที่โครงการ S-TOP คาดว่าจะได้รับจากการสัมภาษณ์ ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบสอบถาม

ตารางที่ 1.2

พื้นที่นำร่อง	• กระบวนการและสถานการณ์ปัจจุบัน • ความท้าทาย • ข้อเสนอแนะและคำแนะนำสำหรับการดำเนินงานต่อไป • ความคาดหวังต่อโครงการ S-TOP • คำร้องขอต่อภาครัฐ • การดำเนินงานโครงการ
ภาครัฐส่วนกลาง	• ความคืบหน้าของนโยบายการดูแลที่ไร้รอยต่อ • ความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับวิธีการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง • ความคืบหน้าและการประเมินของโครงการ S-TOP • ความคาดหวังต่อโครงการ S-TOP • การดำเนินงานโครงการ

(4) การประชุมระยะกลางกับโครงการ S-TOP และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การประชุมระยะกลางจะจัดขึ้นในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งจะหารือเกี่ยวกับร่างเอกสารการอภิปรายผลสำหรับการประชุมทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง (E-1) โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างหน่วยงานคู่สัญญา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และโครงการ S-TOP ในประเด็นสำคัญ ของเอกสารดังกล่าว นอกจากนี้ หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องรายงานความคืบหน้าของการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ด้วย

การประชุมออนไลน์จะจัดขึ้นในช่วงสิ้นเดือนกรกฎาคมหรือสิงหาคม หลังจากการจัดส่งร่างเอกสารอภิปรายผลฉบับแรกสำหรับการประชุมทบทวนระยะกลาง (E-1) ภายในสิ้นเดือนมิถุนายน

เอกสารการอภิปรายผลอาจประกอบด้วยบทสรุปความคืบหน้าและความท้าทายของการพัฒนารูปแบบบริการในแต่ละพื้นที่นำร่องและประเด็นหารือเกี่ยวกับทิศทางการดำเนินงานครึ่งหลังของโครงการ S-TOP

หากจำเป็น อาจจัดให้มีการหารือทางอีเมลกับโครงการ S-TOP การประชุมทางโทรศัพท์ หรือการประชุมออนไลน์ก่อน/หลังการประชุมระยะกลางออนไลน์นี้ หน่วยงานคู่สัญญาจะสรุปร่างเอกสารการอภิปรายผล (E-2) หลังจากการประชุมร่วมกับโครงการ S-TOP และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของฝั่งไทย และส่งให้กับโครงการ S-TOP ภายในสิ้นเดือนสิงหาคม

ส่วนที่ 2

(5) ภารกิจการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง

1.) หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องนำเสนอผลที่ได้จากการทบทวนและสัมภาษณ์ รวมทั้งประเด็นการหารือที่กล่าวถึงใน (E) ในที่ประชุมผู้บริหารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและไจก้า/ โครงการ S-TOP

2.) หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องจัดทำเอกสารผลลัพธ์จากการประชุม (G) ซึ่งเป็นข้อสรุปที่ได้จากที่ประชุมผู้บริหาร ซึ่งทางโครงการ S-TOP จะถือว่าเอกสารดังกล่าวเป็นเอกสารการอภิปรายผล (E-2) ที่จัดทำขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยบทสรุปความคืบหน้าและความท้าทายและ แนวคิดที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับทิศทางการดำเนินงานในช่วงครึ่งหลังของโครงการ S-TOP

(6) รายงานฉบับสมบูรณ์

หน่วยงานคู่สัญญาจะต้องจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ (H) ซึ่งประกอบไปด้วยรายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายละเอียดที่ควรมีในรายงานฉบับสมบูรณ์

โครงร่าง	รายละเอียด
หน้าปก	
สารบัญภาพและสารบัญตาราง	
คำย่อและอักษรย่อ	
บทสรุปผู้บริหาร	
1.) บทนำ	
2.) วิธีดำเนินการ	
3.) ข้อค้นพบ	ส่วนนี้ควรประกอบไปด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้ เป็นอย่างน้อย 1.) รายงานการทบทวนเอกสาร (C) 2.) ผลการสัมภาษณ์ (D)
4.) บทสรุปและข้อเสนอแนะ	ส่วนนี้จะเป็นสาระสำคัญของเอกสารผลลัพธ์จากการประชุม (G)
ภาคผนวก	ส่วนนี้ควรประกอบไปด้วยเอกสารดังต่อไปนี้ เป็นอย่างน้อย • แผนงานขั้นต้น (A) • แบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์ (B-2) • ข้อมูลนำเสนอ (F) • เอกสารผลลัพธ์จากการประชุม (G)

5. ผลลัพธ์/ ผลงานส่งมอบที่คาดหวังและกำหนดเวลา

ส่งผลงาน/เอกสารทุกชิ้นในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

(A) แผนงานขั้นต้น (กลางเดือนมีนาคม)

(B) แบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์

B-1.) ร่างฉบับแรก (กลางเดือนมีนาคม)

B-2.) ร่างฉบับสมบูรณ์ (กลางเดือนเมษายน)

(C) รายงานการทบทวนเอกสาร

C-1.) การสัมภาษณ์ 4 พื้นที่นำร่อง และนโยบายของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง (สิ้นเดือนพฤษภาคม)

C-2.) พื้นที่นำร่องอื่น ๆ (สิ้นเดือนพฤษภาคม)

(D) ผลการสัมภาษณ์ (สิ้นเดือนพฤษภาคม)

(E) ร่างเอกสารการอภิปรายผลสำหรับการประชุมทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการจัดทำรายงานการทบทวนเอกสาร (C) และผลการสัมภาษณ์ (D) และถือเป็นประเด็นสำคัญสำหรับทิศทางการดำเนินงานต่อไปของโครงการ S-TOP

E-1.) ร่างฉบับแรก (สิ้นเดือนมิถุนายน)

E-2.) ร่างฉบับสุดท้าย (สิ้นเดือนสิงหาคม)

(F) ข้อมูลการนำเสนอสำหรับการประชุมทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง ซึ่งประกอบด้วยรายงานการทบทวนเอกสาร (C) ผลการสัมภาษณ์ (D) และประเด็นสำคัญของการหารือเกี่ยวกับทิศทางการดำเนินงานในช่วงครึ่งหลังของโครงการ S-TOP (สิ้นเดือนสิงหาคม)

(G) เอกสารแสดงผลจากการประชุมทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง หรือเอกสาร (E) และความเห็นและข้อเสนอเพิ่มเติมจากทั้งฝั่งไทยและฝั่งญี่ปุ่น (สิ้นเดือนตุลาคม)

(H) รายงานฉบับสมบูรณ์ (สิ้นเดือนตุลาคม)

*เอกสารทุกฉบับจัดทำเป็นภาษาอังกฤษ

6. ระยะเวลาและกำหนดการกิจกรรม

(1) ระยะเวลาสัญญา: กลางเดือนมีนาคม - สิ้นเดือนตุลาคม

(2) กำหนดการกิจกรรมเบื้องต้น

	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.
จัดทำสัญญา	★							
ประชุมก่อนดำเนินงานร่วมกับโครงการ (ปลายเดือนมีนาคม)	★							
ส่งร่างฉบับแรก (B-1) ของแบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์ (กลางเดือนมีนาคม)	★							
ทบทวนเอกสาร		⟷	⟷					
ส่งร่างฉบับสมบูรณ์ (B-2) ของแบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์ (กลางเดือนเมษายน)		★						

	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.
สัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย		⟷	⟷					
ร่างผลการสัมภาษณ์			★					
ส่งรายงานการทบทวนเอกสาร (C) (D) ผลการสัมภาษณ์ (สิ้นเดือนพฤษภาคม)			★					
ส่งร่างฉบับแรก (E-1) ของเอกสารอภิปรายผล (สิ้นเดือนมิถุนายน)				★				
การประชุมทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางร่วมกับโครงการ S-TOP และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฝั่งไทย (ปลายเดือนกรกฎาคมหรือสิงหาคม)					⟷	⟷		
ส่ง (F) ข้อมูลการนำเสนอ (สิ้นเดือนสิงหาคม)						★		
ส่ง (E-2) ร่างฉบับสุดท้ายของเอกสารการอภิปรายผล (สิ้นเดือนสิงหาคม)						★		
เข้าร่วมการประชุมผู้บริหารที่จัดขึ้นเพื่อการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง (ในเดือนตุลาคม)								⟷
จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์								⟷
ส่ง (H) รายงานฉบับสมบูรณ์ (สิ้นเดือนตุลาคม)								★

7. ที่ปรึกษาที่ได้รับมอบหมายให้ทำการศึกษา

(1) หัวหน้าทีม/นักวิจัยอาวุโส	0.25 M/M
(2) ผู้ช่วยนักวิจัย1	1.0 M/M
(3) ผู้ช่วยนักวิจัย2	0.5 M/M
รวม:	**1.75 M/M**

8. อื่นๆ

นอกเหนือจากสัญญาฉบับนี้ โครงการ S-TOP จะดำเนินการดังต่อไปนี้

- ✓ จัดเตรียมเอกสารที่จำเป็นสำหรับการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ ตามรายการเอกสารในตารางที่ 1.1
- ✓ คัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ โดยการหารือและประสานงานกับรัฐบาลไทย
- ✓ ให้ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์
- ✓ ออกจดหมายถึงหน่วยงานของผู้ให้สัมภาษณ์

ภาคผนวก 2

แบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์



ภาคผนวก 2

แบบสอบถามสำหรับการสัมภาษณ์

แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด สำหรับกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ทั้ง 6 กลุ่ม

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

2.2 โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

2.3 โรงพยาบาลชุมชน

2.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน

2.6 ผู้แทนภาครัฐและหัวหน้าที่ปรึกษาโครงการ



2.1 คำถามสัมภาษณ์สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (PHO)

<สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด>

วันที่สัมภาษณ์			
ผู้สัมภาษณ์			
ผู้ให้สัมภาษณ์	ชื่อ		
	ตำแหน่ง		
	หน่วยงาน		
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ		อีเมล	

• **คำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความคืบหน้า**

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	• เป็นไปตามแผน	โครงการได้รับการกำกับดูแลเป็นอย่างดี อาจมีปัญหาบางประเด็นเกิดขึ้น แต่ก็มีการวางแผนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
	• ไม่เป็นไปตามแผน	โครงการมีปัญหาซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้โครงการกลับมาดำเนินงานได้ตามแผน
	• ความเสี่ยง/ความล่าช้า	โครงการมีปัญหาร้ายแรง มีตัวบ่งชี้หลักอย่างน้อย 1 ประเด็น อยู่ในสถานะ “มีความเสี่ยง”
	• ยังไม่เริ่มดำเนินการ	ยังไม่เริ่มดำเนินการ (และยังไม่มีกำหนดเริ่มดำเนินการ)

1) คำอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนและระบบของบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป > โรงพยาบาลชุมชน > โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น การดำเนินงานและผลลัพธ์โดยรวมของโครงการ*

*ผลลัพธ์: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลางในระหว่างเดือน ต.ค. 2560 – ก.ย. 2561 และ ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) การประเมินลำดับความสำคัญของกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks)

2.1) การส่งมอบบริการ

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

2.2) บุคลากรทางการแพทย์

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

2.3) การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

3) ตามกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) คุณคิดว่าประเด็นหรือกิจกรรมใดที่ต้องให้ความสำคัญมากที่สุด ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks)	◯ การส่งมอบบริการ ◯ บุคลากรทางการแพทย์ ◯ ระบบข้อมูลการส่งต่อ ◯ การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน ◯ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ◯ อื่นๆ	**รายละเอียด:**
ผลสัมฤทธิ์		

4) ประสบการณ์การฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น (หากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้เข้าร่วมการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น ให้ตอบคำถามถัดไป)

จากการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น มีสิ่งที่คุณสามารถนำไปประยุกต์ใช้/ปฏิบัติได้บ้างหรือไม่ อย่างไร

◯ การนำไปปฏิบัติในระดับบุคคล

.....

.....

◯ การนำไปปฏิบัติในหอผู้ป่วยหรือหน่วยปฏิบัติงาน

.....

.....

◯ อิทธิพลต่อนโยบายหรืองบประมาณของโรงพยาบาล

.....

.....

5) ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อโครงการ

ความท้าทายทั่วไป	
ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำสำหรับการดำเนินการในระยะต่อไป	
ความคาดหวังต่อโครงการ S-TOP	
คำร้องขอต่อภาครัฐ	

2.2 คำถามสัมภาษณ์สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

<โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป>

หน่วยงาน		เชียงใหม่	โรงพยาบาลนครพิงค์
		ขอนแก่น	โรงพยาบาขอนแก่น
		นนทบุรี	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
		สุราษฎร์ธานี	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
วันที่สัมภาษณ์			
ผู้สัมภาษณ์			
ผู้ให้สัมภาษณ์	ชื่อ		
	ตำแหน่ง		
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ		อีเมล	

• คำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความคืบหน้า

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	• เป็นไปตามแผน	โครงการได้รับการกำกับดูแลเป็นอย่างดีอาจมีปัญหาบางประเด็นเกิดขึ้น แต่ก็มีการวางแผนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
	• ไม่เป็นไปตามแผน	โครงการมีปัญหาซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการดำเนินงานจำเป็นต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้โครงการกลับมาดำเนินงานได้ตามแผน
	• ความเสี่ยง/ความล่าช้า	โครงการมีปัญหาร้ายแรง มีตัวบ่งชี้หลักอย่างน้อย 1 ประเด็น อยู่ในสถานะ “มีความเสี่ยง”
	• ยังไม่เริ่มดำเนินการ	ยังไม่เริ่มดำเนินการ (และยังไม่มีกำหนดเริ่มดำเนินการ)

1) คำอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนและระบบของบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป > โรงพยาบาลชุมชน > โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น การดำเนินงานและผลลัพธ์โดยรวมของโครงการ*

*ผลลัพธ์: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลางในระหว่างเดือน ต.ค. 2560 – ก.ย. 2561 และ ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562

.....

.....

.....

.....

.....

2) การประเมินลำดับความสำคัญของกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks)

2.1) การส่งมอบบริการ

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

2.2) บุคลากรทางการแพทย์

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

2.3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

3) ตามกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) คุณคิดว่าประเด็นหรือกิจกรรมใดที่ต้องให้ความสำคัญมากที่สุด ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks)	◯ การส่งมอบบริการ ◯ บุคลากรทางการแพทย์ ◯ ระบบข้อมูลการส่งต่อ ◯ การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน ◯ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ◯ อื่นๆ	**รายละเอียด:**
ผลสัมฤทธิ์		

4) ประสบการณ์การฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น (หากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้เข้าร่วมการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น ให้ตอบคำถามถัดไป)

จากการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น มีสิ่งที่คุณสามารถนำไปประยุกต์ใช้/ปฏิบัติได้บ้างหรือไม่ อย่างไร

◯ การนำไปปฏิบัติในระดับบุคคล

.....

.....

◯ การนำไปปฏิบัติในกองงานหรือหน่วยปฏิบัติงาน

.....

.....

◯ อิทธิพลต่อนโยบายหรืองบประมาณของโรงพยาบาล

.....

.....

5) ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อโครงการ

ความท้าทายทั่วไป	
ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำสำหรับการดำเนินการในระยะต่อไป	
ความคาดหวังต่อโครงการ S-TOP	
คำร้องขอต่อภาครัฐ	

2.3 คำถามสัมภาษณ์สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

< โรงพยาบาลชุมชน >

หน่วยงาน		เชียงใหม่	โรงพยาบาลนครพิงค์
		ขอนแก่น	โรงพยาบาลขอนแก่น
		นนทบุรี	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
		สุราษฎร์ธานี	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
วันที่สัมภาษณ์			
ผู้สัมภาษณ์			
ผู้ให้สัมภาษณ์	ชื่อ		
	ตำแหน่ง		
	หน่วยงาน		
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ		อีเมล	

• **คำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความคืบหน้า**

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	• เป็นไปตามแผน	โครงการได้รับการกำกับดูแลเป็นอย่างดีอาจมีปัญหาบางประเด็นเกิดขึ้น แต่ก็มีการวางแผนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
	• ไม่เป็นไปตามแผน	โครงการมีปัญหาซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้โครงการกลับมาดำเนินงานได้ตามแผน
	• ความเสี่ยง/ความล่าช้า	โครงการมีปัญหาร้ายแรง มีตัวบ่งชี้หลักอย่างน้อย 1 ประเด็น อยู่ในสถานะ "มีความเสี่ยง"
	• ยังไม่เริ่มดำเนินการ	ยังไม่เริ่มดำเนินการ (และยังไม่มีกำหนดเริ่มดำเนินการ)

1) คำอธิบายขั้นตอนการทำงานปัจจุบันของโรงพยาบาลชุมชน

.....

.....

.....

.....

.....

2) การประเมินการบริการ

2.1) การส่งมอบบริการ

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

2.2) บุคลากรทางการแพทย์

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

2.3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

3) ตามกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) คุณคิดว่าประเด็นหรือกิจกรรมใดที่ต้องให้ความสำคัญมากที่สุด ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks)	◯ การส่งมอบบริการ ◯ บุคลากรทางการแพทย์ ◯ ระบบข้อมูลการส่งต่อ ◯ การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน ◯ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ◯ อื่นๆ	**รายละเอียด:**
ผลสัมฤทธิ์		

4) ประสบการณ์การฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น (หากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้เข้าร่วมการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น ให้ตอบคำถามถัดไป)

จากการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น มีสิ่งที่คุณสามารถนำไปประยุกต์ใช้/ปฏิบัติได้บ้างหรือไม่ อย่างไร

◯ **การนำไปปฏิบัติในระดับบุคคล**

.....

.....

◯ **การนำไปปฏิบัติในหอผู้ป่วยหรือหน่วยปฏิบัติงาน**

.....

.....

◯ **อิทธิพลต่อนโยบายหรืองบประมาณของโรงพยาบาล**

.....

.....

5) ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อโครงการ

ความท้าทายทั่วไป	
ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำสำหรับการดำเนินการในระยะต่อไป	

ความคาดหวังต่อโครงการ S-TOP	
คำร้องขอต่อภาครัฐ	

2.4 คำถามสัมภาษณ์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

<องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น>

หน่วยงาน		สุราษฎร์ธานี		
วันที่สัมภาษณ์				
ผู้สัมภาษณ์				
ผู้ให้สัมภาษณ์	**ชื่อ**			
	ตำแหน่ง			
	หน่วยงาน			
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ			**อีเมล**	

• **คำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความคืบหน้า**

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	• เป็นไปตามแผน	โครงการได้รับการกำกับดูแลเป็นอย่างดี อาจมีปัญหาบางประเด็นเกิดขึ้น แต่ก็มีการวางแผนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
	• ไม่เป็นไปตามแผน	โครงการมีปัญหาซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้โครงการกลับมาดำเนินงานได้ตามแผน
	• ความเสี่ยง/ความล่าช้า	โครงการมีปัญหาร้ายแรง มีตัวบ่งชี้หลักอย่างน้อย 1 ประเด็น อยู่ในสถานะ “มีความเสี่ยง”
	• ยังไม่เริ่มดำเนินการ	ยังไม่เริ่มดำเนินการ (และยังไม่มีกำหนดเริ่มดำเนินการ)

1) คำอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนและระบบของบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป > โรงพยาบาลชุมชน > โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น การดำเนินงานและผลลัพธ์โดยรวมของโครงการ*

*ผลลัพธ์: จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลางในระหว่างเดือน ต.ค. 2560 – ก.ย. 2561 และ ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562

.....

.....

.....

.....

.....

2) การประเมินการบริการ

2.1) การส่งมอบบริการ

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

2.2) บุคลากรทางการแพทย์

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

2.3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	◯ เป็นไปตามแผน ◯ ไม่เป็นไปตามแผน ◯ ความเสี่ยง/ความล่าช้า ◯ ยังไม่เริ่มดำเนินการ	**สาเหตุ:** **สิ่งที่ต้องดำเนินการ:**
เป้าหมายเชิงอุดมคติ		

3) ตามกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) คุณคิดว่าประเด็นหรือกิจกรรมใดที่ต้องให้ความสำคัญมากที่สุด ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks)	◯ การส่งมอบบริการ ◯ บุคลากรทางการแพทย์ ◯ ระบบข้อมูลการส่งต่อ ◯ การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน ◯ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ อื่นๆ	**รายละเอียด:**
ผลสัมฤทธิ์	◯	

4) ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อโครงการ

ความท้าทายทั่วไป	
ข้อเสนอแนะ/คำแนะนำสำหรับการดำเนินการในระยะต่อไป	
ความคาดหวังต่อโครงการ S-TOP	
คำร้องขอต่อภาครัฐ	

2.5 คำถามสัมภาษณ์สำหรับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน

< ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน >

วันที่สัมภาษณ์			
ผู้สัมภาษณ์			
ผู้ให้สัมภาษณ์	ชื่อ		
	ตำแหน่ง		
	หน่วยงาน		
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ		อีเมล	

•คำอธิบายเกี่ยวกับสถานะความคืบหน้า

* โครงการหมายถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวที่ดำเนินงานโดยศูนย์ฯ

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	• เป็นไปตามแผน	โครงการได้รับการกำกับดูแลเป็นอย่างดี อาจมีปัญหาบางประเด็นเกิดขึ้น แต่ก็มีการวางแผนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
	• ไม่เป็นไปตามแผน	โครงการมีปัญหาซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้โครงการกลับมาดำเนินงานได้ตามแผน
	• ความเสี่ยง/ความล่าช้า	โครงการมีปัญหาร้ายแรง มีตัวบ่งชี้หลักอย่างน้อย 1 ประเด็น อยู่ในสถานะ “มีความเสี่ยง”
	• ยังไม่เริ่มดำเนินการ	ยังไม่เริ่มดำเนินการ (และยังไม่มีกำหนดเริ่มดำเนินการ)

1) คำอธิบายเกี่ยวกับระบบการดำเนินงานด้านการดูแลระยะกลางในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน

***ตัวอย่างเช่น 1) บทบาท ความรับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและในศูนย์ดูแลฯ 2) การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลระยะกลางในพื้นที่ 3) ความร่วมมือทางากรแพทย์ระหว่างศูนย์ดูแลฯ และโรงพยาบาล

.....

.....

.....

2) คุณคิดว่าการดำเนินงานของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันมีประโยชน์ต่อชุมชนและประชาชนอย่างไร

.....

.....

.....

3) ประเด็นหรือกิจกรรมใดภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) ที่ให้ความสำคัญ มากที่สุด ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks)	◯ บริบท ความหลากหลาย ความถี่และจำนวนการส่งมอบบริการ ◯ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล ◯ ร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกด้านการบริการทางการแพทย์และการแลกเปลี่ยนข้อมูล ◯ การบริหารจัดการทางการเงิน/การจัดหางบประมาณ ◯ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ◯ อื่นๆ	**รายละเอียด:**
ผลสัมฤทธิ์		

4) ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากประสบการณ์ส่วนตัว

4.1) มีแผนหรือแนวทางในการพัฒนา/ขยายผล/สร้างเครือข่ายบริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันหรือไม่

.....

.....

.....

4.2) ความเห็นต่อโอกาสในการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันให้เป็นพื้นที่นำร่อง (รูปแบบ) ของโครงการบ้านเอื้ออาทร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลระยะกลางของประชาชน

.....

.....

.....

2.6 คำถามสัมภาษณ์สำหรับผู้แทนภาครัฐและหัวหน้าที่ปรึกษาโครงการ

< ผู้แทนภาครัฐและหัวหน้าที่ปรึกษาโครงการ >

วันที่สัมภาษณ์				
ผู้สัมภาษณ์				
ผู้ให้สัมภาษณ์	**ชื่อ**			
	ตำแหน่ง			
	หน่วยงาน			
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ			**อีเมล**	

1) สถานะความคืบหน้าโดยรวม:

สถานะความคืบหน้าโดยรวม	• เป็นไปตามแผน	โครงการได้รับการกำกับดูแลเป็นอย่างดี อาจมีปัญหาบางประเด็นเกิดขึ้น แต่ก็มีการวางแผนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว
	• ไม่เป็นไปตามแผน	โครงการมีปัญหาซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญและบริหารจัดการเพิ่มเติมเพื่อให้โครงการกลับมาดำเนินงานได้ตามแผน
	• ความเสี่ยง/ความล่าช้า	โครงการมีปัญหาร้ายแรง มีตัวบ่งชี้หลักอย่างน้อย 1 ประเด็น อยู่ในสถานะ “มีความเสี่ยง”
	• ยังไม่เริ่มดำเนินการ	ยังไม่เริ่มดำเนินการ (และยังไม่มีกำหนดเริ่มดำเนินการ)

2) ความคืบหน้าของนโยบายการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทย

การดำเนินการทั่วไป (บทบาทและความรับผิดชอบ)	
ความท้าทาย	
นโยบายการดูแลระยะกลาง	

3) ความคืบหน้าและการประเมินการดำเนินงานโครงการ S-TOP/องค์ประกอบอื่นๆ ที่จัดทำโดยโครงการ S-TOP

ประเด็น		การประเมิน (ไม่จำเป็น)			ความคิดเห็นทั่วไป สาเหตุ และสิ่งที่ต้องดำเนินการ
การดำเนินโครงการ					
ความพึงพอใจโดยรวม					
ประสิทธิภาพ					
ความเพียงพอด้านงบประมาณ	นโยบายการดูแลระยะกลาง >สปสช.				
	โครงการ S-TOP >สธ.				
การบริหารจัดการ					
การประสานงาน					
การสื่อสาร					
องค์ประกอบอื่นๆ ที่จัดทำโดยโครงการ S-TOP					
1. การส่งมอบบริการ					
2. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล					
3. การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุน					

4) ความคิดเห็นต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง

.....

.....

.....

5) ความคาดหวังของหน่วยงานภาครัฐและหัวหน้าที่ปรึกษาโครงการต่อการดำเนินงานของโครงการ S-TOP

.....

.....

.....

6) การดำเนินงานตามโครงสร้าง

.....

.....

.....

7) ประสบการณ์การฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น (โปรดถามคำถามต่อไปนี้หากผู้ให้สัมภาษณ์เข้าร่วมหลักสูตรฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น)

7.1) คุณคิดว่ามีความรู้หรือทักษะด้านการดูแลระยะกลางและบริการ/ระบบการดูแลสุขภาพอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางอื่นๆ ของประเทศญี่ปุ่นด้านใดบ้างที่สามารถนำมาปฏิบัติได้ในประเทศไทยทั้งในระดับบุคคลหรือในระดับนโยบาย อย่างไร

.....

.....

.....

7.2) ข้อเสนอแนะต่อหลักสูตรการอบรมการดูแลระยะกลางที่จัดในประเทศญี่ปุ่น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยมากขึ้น

.....

.....

.....



ภาคผนวก 3

การทบทวนเอกสาร (พื้นที่นำร่อง)



ภาคผนวก 3

การทบทวนเอกสาร (พื้นที่นำร่อง)

รายงานผลการทบทวนเอกสารของพื้นที่นำร่องทั้ง 8 แห่ง ที่ปรากฏในตารางด้านล่างนี้ ใช้แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลความคืบหน้าและความท้าทายของการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวในแต่ละพื้นที่นำร่อง โดยดัดแปลงกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (6 Building Blocks) ประกอบด้วย 9 ตาราง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้ที่ได้รับหรือเคยรับบริการการดูแลระยะกลางในแต่ละพื้นที่นำร่อง

ตารางที่ 3.2.1 จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่องและจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง ซึ่งจัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนมกราคม 2562

ตารางที่ 3.2.2 แนวทางข้อเสนอด้านกำลังคนสำหรับการดูแลระยะกลางในคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562

ตารางที่ 3.3 การสำรวจคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 3.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในแต่ละพื้นที่โครงการ

ตารางที่ 3.5 การแบ่งบทบาทใหม่ของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3.6 แนวปฏิบัติในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ตารางที่ 3.7 แนวปฏิบัติในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 3.8 แนวปฏิบัติในการทำงานแบบทีม



ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้ที่ได้รับหรือเคยรับบริการการดูแลระยะกลางในแต่ละพื้นที่นำร่อง

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	เตรียมความพร้อม	ผู้ป่วยที่ใช้ ADL ≤ 11	จำนวนเตียงที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน IMC (เตียง)/จำนวนเตียงทั้งหมด (เตียง)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการเข้าถึง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่นำ	ร้อยละการเข้าถึง	
กรุงเทพมหานคร																										
1	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	30 ก.ย. 2560	8443	12/162																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. - ธ.ค. 2561								15	4	1	1	9	> 70											การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ม.ค. - ก.พ. 2562		12						21	3	0	1	17	> 70											การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ปีงบ 2562		12	35	17	6	1	11																	การประชุม JCC ครั้งที่ 3
		ไตรมาสที่ 1		12/ N/A	26											8					11					แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ไตรมาสที่ 2		12	38											22					20					แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
เชียงใหม่																										
1	โรงพยาบาลนครพิงค์	30 ก.ย. 2560	5820	ไม่มีเตียงเฉพาะ/ 609																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ปีงบ 2562			163					166	120	10	36		ส่งต่อ 65											การประชุม JCC ครั้งที่ 3

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	เดือนที่	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ ADL ≤ 11	จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ IMC (ครั้ง/ครั้งทั้งหมด)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการใช้ถึง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่บ้าน	ร้อยละการใช้ถึง	
2	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	30 ก.ย. 2560	1091	18/28																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. 2561 - ม.ค. 2562		10	23					23	10	8	5														การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		2562																				31	2	5			การประชุม JCC ครั้งที่ 3
		ม.ค. - ก.ย. 2562		12	62	31	22	5	4																		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
3	รพ.สต. ยางเนิ้ง	30 ก.ย. 2560	26	2/2																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
4	รพ.สต. ท่ากว้าง	30 ก.ย. 2560	38	N/A																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
ขอนแก่น																											
1	โรงพยาบาลขอนแก่น	30 ก.ย. 2560	9527	N/A/1000																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ปีงบ 2562		73/N/A	822	689	42	91	0																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
		ส.ค. - ต.ค. 2562			178	178	0	0	0																		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	เดือนที่	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ADL ≤ 11	ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน IMC (ใน/นอก)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการเข้าถึง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่บ้าน	ร้อยละการเข้าถึง	
2	โรงพยาบาลน้ำพอง	30 ก.ย. 2560	912	6/120																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. 2560 – ก.ย. 2561		N/A/ 120						80	59	2	19									77	4	8			การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ปีงบ 2562		8/ N/A	34	30	1	3																			การประชุม JCC ครั้งที่ 3
		ต.ค. 2561 – มี.ค. 2562								50	44	3	3														การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ต.ค. 2561 – ก.ค. 2562			199	194	0	5							100												แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ต.ค. 2561 – ก.ย. 2562			264	256	3	5		92					100												แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
3	รพ.สต. บ้านคำบง	30 ก.ย. 2560	42	N/A/ 3																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ไตรมาสที่ 1			11										100	3											แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ไตรมาสที่ 2			10										100	3					10						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
4	รพ.สต. สะอาด	30 ก.ย. 2560	50	0/3																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ไตรมาสที่ 1			8										100	3											แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ไตรมาสที่ 2			8										100	3					8						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	เยาวลักษณ์	ผู้ที่ได้รับการประเมิน ADL ≤ 11	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน IMC (ครั้ง)/จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน IMC (คน)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการเข้าถึง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						ที่มา
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่มา		
5	โรงพยาบาลขอนแก่น 2	30 ก.ย. 2560	1580	0/0																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. 2561 – ก.ค. 2562			31	28	2	1	0						71	1											แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ส.ค. - ต.ค. 2562			5	5	0	0	0						100	0											แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
6	รพ.สต. โคกสี	30 ก.ย. 2560	N/A	N/A / 2																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. 2561 – ก.ค. 2562			31	13	2	1	N/A							1					1	1	0	0	0		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 และ 2
		ส.ค. - ต.ค. 2562			3	3	0	0	0							0					3	3	0	0	0		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
7	รพ.สต. หนองตูม	30 ก.ย. 2560	13	0/0																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. 2561 – ก.ค. 2562			31	13	2	1	N/A							0											แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ส.ค. - ต.ค. 2562			2	2	0	0	0												2	2	0	0	0		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
8	รพ.สต. บึงเนียม	30 ก.ย. 2560	44	N/A																							เอกสารข้อมูลสำคัญ

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	เขตสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วยที่มี ADL ≤ 11	จำนวนเตียงที่ได้รับการประเมิน IMC (เตียง)/จำนวนเตียงที่ได้รับการประเมิน IMC (เตียง)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการเข้าถึง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่มา	ร้อยละการเข้าถึง	
สุราษฎร์ธานี																											
0	ทั้งจังหวัด	ต.ค. 2560 - ก.ย. 2561																			565	504	47	84	21	81.40	การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ก.ค. - ก.ย. 2561																			189	143	20	24	2	79	การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ต.ค. 2561 - ก.พ. 2562				765															321	263	14	36	8	N/A	การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ปีงบ 2562			702	592	29	81	0																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
1	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	30 ก.ย. 2560	206	4/780																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. 2560 - ก.ย. 2561		4/N/A																							การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ม.ค. - ธ.ค. 2561			686										ส่งต่อ 59.2												แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ม.ค. - มิ.ย. 2562			459										ส่งต่อ 63.4												แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ปีงบ 2562		2/ N/A						33	21	8	4	0			12	1	3	0		55	5	7	0		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
2	โรงพยาบาลบ้านนาเดิม	30 ก.ย. 2560	11	2/30																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ไตรมาสที่ 1		6/30																							แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ปีงบ 2562		4/N/A						43	39	0	4	0			17	0	3	0		3	0	0	0		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
3	รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่	30 ก.ย. 2560	8	0/0																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ไตรมาสที่ 2			7											0					5						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	เยี่ยมสำรวจ	จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ≤ 11	จำนวนเตียงที่เหมาะสมสำหรับ IMC (เตียง)/จำนวนเตียงที่มีอยู่ (เตียง)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการเข้าถึง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่ม้า	ร้อยละการเข้าถึง	
	นนทบุรี																										
1	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	1 ก.ย. 2560	N/A	0/515																							เอกสารข้อมูลสำคัญการประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ปีงบ 2562		0		26	70	25	0																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
2	โรงพยาบาลบางบัวทอง 2		N/A	8/30																							การประชุม JCC ครั้งที่ 2 เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ปีงบ 2562		8/ N/A	30	29	0	1	0	30	29	0	1	0													การประชุม JCC ครั้งที่ 3
3	รพ.สต. โรงกระโจม	30 ก.ย. 2560	43	0/0																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
4	โรงพยาบาลบางกรวย	30 ก.ย. 2560	284	2/30																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ปีงบ 2562		2/ N/A		26	2	0	0																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
5	รพ.สต. บางสีทอง	30 ก.ย. 2560	110	0/0																							เอกสารข้อมูลสำคัญ

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	เยี่ยมบ้าน	ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการประเมิน ADL ≤ 11	จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกได้รับการประเมิน IMC (ครั้ง)/จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยในได้รับการประเมิน IMC (ครั้ง)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการเข้าถึง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่มา	ร้อยละการเข้าถึง	
นครราชสีมา																										
0	ทั้งจังหวัด	ปีงบ 2562		110/N/A		1377	20	63																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
1	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	30 ก.ย. 2560	N/A	12/1300																						เอกสารข้อมูลสำคัญการประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ปีงบ 2562				800	20	63																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
2	โรงพยาบาลหัวทะเล	ต.ค. - Dec 2561	N/A	2/24	330					316	5	9	0	122												การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ปีงบ 2562				14	0	0	0																	การประชุม JCC ครั้งที่ 3
3	รพ.สต. โนนฝรั่ง	30 ก.ย. 2560	15	0/0																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
4	รพ.สต. ระกาย	30 ก.ย. 2560	30	0/0																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
5	ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวทะเล	30 ก.ย. 2560	26	0/0																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. 2561 - มิ.ย. 2562			2	2	2	0	0												1	1	0	0	0		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ม.ค. - ต.ค. 2562			7																6						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
6	ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ	30 ก.ย. 2560	26	N/A																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ไตรมาสที่ 2			12											4					8						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	ระยะเวลา	มีผู้ป่วยที่มี ADL ≤ 11	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน IMC (ครั้ง)/จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน IMC (ราย)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ส่งต่อ	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่บ้าน	ร้อยละการส่งต่อ	
	ภูเก็ต																										
0	ทังจังหวัด	ก.ย. – ธ.ค. 2561		8/N/A	137	106	4	27																			การประชุม JCC ครั้งที่ 2
1	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	30 ก.ย. 2560	761	0/551																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ก.ย. – ธ.ค. 2561		N/A/551	137	106	4	27																			การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ต.ค. 2561 - ม.ค. 2562			78					5											72						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ต.ค. 2561 - ส.ค. 2562		8/551	313																						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562		8/ N/A						11											94						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562		8/ N/A	106	88	3	15	0																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
2	โรงพยาบาลป่าตอง	30 ก.ย. 2560	219	0/62																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ไตรมาสที่ 1								2																	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ต.ค. 2561 - มิ.ย. 2562			36	24	0	12	0																		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ต.ค. 2561 - ส.ค. 2562		2/60	39	26	0	13	0												38						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562								4																	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562		2/ N/A	14	9	0	5	0																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	ระยะเวลา	ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยที่มี ADL ≤ 11	ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยที่มีคะแนน IMC (ครั้ง/ปี)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					จำนวนผู้ป่วยนอก	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่บ้าน	ร้อยละการเข้าถึง	
3	โรงพยาบาลถลาง	30 ก.ย. 2560	342	0/60																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ต.ค. 2561 - มิ.ย. 2562			65	50	1	14	0	6						4					44						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562		N/A/ 60	90	66	2	22	0	5						9					61						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562		4/ N/A	38	28	0	10	0																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
4	รพ.สต. เกาะแก้ว	ก.ย. - ธ.ค. 2561																			2.83 %						การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ไตรมาสที่ 1			3																2						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562		0/ N/A	4	3	0	1	0																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3
	ชลบุรี																										
1	โรงพยาบาลชลบุรี	30 ก.ย. 2560	72	0/850																							เอกสารข้อมูลสำคัญ
		2561		0	1873										7290						354						การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ก.ค. - ธ.ค. 2561		0	908										76.43						256						การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ไตรมาสที่ 2			170										88.23												แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ปีงบ 2562		0	198	85	5	0	108																		การประชุม JCC ครั้งที่ 3

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	เดือน/ปี	ผู้ป่วยที่มีค่า ADL ≤ 11	จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ IMC (ต่อวัน)/จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ IMC (ต่อเดือน)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการใช้เตียง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่บ้าน		
2	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	30 ก.ย. 2560	N/A	10/10																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
		ปีงบ 2562		10	115	91	2	16	6																	การประชุม JCC ครั้งที่ 3
3	โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	30 ก.ย. 2560	31	5/30																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
		มิ.ย. - ก.ย. 2561		5	21					21	18	3	0	0												แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ต.ค. 2561 – ต.ค. 2562			89					67	62	1	4	N/A												แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ปีงบ 2562			32	30	0	2	0																	การประชุม JCC ครั้งที่ 3
4	โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10	30 ก.ย. 2560	740	5/60																						เอกสารข้อมูลสำคัญ
		2561		8						102																การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ต.ค. 2561 - ก.พ. 2562								72											26					การประชุม JCC ครั้งที่ 2
		ต.ค. 2561 - มิ.ย. 2562								129	125	0	4	0	100											แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ต.ค. 2561 - ต.ค. 2562								183	178	0	4	1	100											แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		ปีงบ 2562			175	170	0	3	2																	การประชุม JCC ครั้งที่ 3

ลำดับ	โรงพยาบาล/ สถานบริการ ดูแลสุขภาพ	เดือนที่	จำนวนผู้ป่วยที่มี ADL ≤ 11	จำนวนเตียงที่รับ IMC (เตียง)/ จำนวนเตียงที่ให้บริการ (เตียง)	เข้าเกณฑ์ IMC/รับบริการ					IMC ในรูปแบบผู้ป่วยใน					ร้อยละการเข้าถึง	IMC ในรูปแบบผู้ป่วยนอก					IMC ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน						หมายเหตุ
					ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ		ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	อื่น ๆ	ทั้งหมด	Stroke	SCI	TBI	ที่ม่า	ร้อยละการเข้าถึง	
5	ศูนย์สุขภาพชุมชน พลูตาหลวง	30 ก.ย. 2560	126	5/60																						เอกสาร ข้อมูล สำคัญ
		ไตรมาสที่ 2																			33						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

หมายเหตุ: ข้อมูลทางสถิติของผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลางที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก จะถูกนับเป็น "เข้าเกณฑ์การดูแลระยะกลาง/ รับบริการ"

โรงพยาบาลบางแห่งที่จัดเตียงเฉพาะไว้สำหรับการดูแลระยะกลางที่แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ จะถูกนับเป็นเตียงของผู้ป่วยระยะกลาง

ตารางที่ 3.2.1 จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่องและจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562

ลำดับ	บุคลากร	โรงพยาบาล/ สถานบริการดูแลสุขภาพ	ระดับ	ข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่อง และจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง													บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง					ที่มา	ระยะเวลา
				พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	ทีมหมอครอบครัวที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (ทีมละ 4 คนขึ้นไป)	ทีมหมอครอบครัวที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (ทีมละ 5 คนขึ้นไป)	พยาบาลเวชปฏิบัติที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	ระบบการส่งต่อที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	แพทย์เวชปฏิบัติ	ระบบคุณภาพ	รวม (จำนวนข้อ)	พยาบาลวิชาชีพ	บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร			
กรุงเทพมหานคร																						
1	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	M1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2560
	จำนวนที่มีอยู่			1	N/A	5	1	0	0	3		3	2	1	8	8	112	3	1	0	6	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
2	จำนวนที่พึงประสงค์	ศูนย์บริการสาธารณสุข 48	-													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	18	0	0	0	402	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
3	จำนวนที่พึงประสงค์	ศูนย์บริการสาธารณสุข 67	-													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	4	4	14	5	0	0	155	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
เชียงใหม่																						
1	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลนครพิงค์	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2560
	จำนวนที่มีอยู่			1	N/A	10	5	2	0	0	0	4	1	1	46	8	616	13	24	109	N/A	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
2	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	F2			■					■				■	3							2560, 2562
	จำนวนที่มีอยู่			1	1	5	2	0	0	1		0	1	1	0	7	5	0	1	N/A	15	เอกสารข้อมูลสำคัญ & การประชุม JCC ครั้งที่ 2	
3	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. ยางเนิ้ง	รพ.สต. M													0							2561
	จำนวนที่มีอยู่			1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	1	4	11	167	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
4	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. ท่ากว้าง	รพ.สต. S													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	N/A	0	1	4	77	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
ขอนแก่น																						
1	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลขอนแก่น	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2560
	จำนวนที่มีอยู่			4	17	23	4	2	3	2		7	9	3	67	11	1,137	53	4	739	1071	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
2	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลน้ำพอง	M2		■	■	■				■	■	■	■	■	8							
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	5	0	0	0	1		0	2	0	12	4	119	6	1	150	2396	เอกสารข้อมูลสำคัญ	2560
				N/A	5	8	N/A	N/A	N/A	1		N/A	2	N/A	N/A	4	7	N/A	N/A	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1	2562

ลำดับ	บุคลากร	โรงพยาบาล/ สถานบริการดูแลสุขภาพ	ระดับ	ข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่อง และจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง													บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง					ที่มา	ระยะเวลา
				แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ไม่ได้ผ่านการอบรม	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	อายุรแพทย์ผู้สูงอายุ	อายุรแพทย์โรคข้อ	อายุรแพทย์โรคไต	กายภาพบำบัด	จิตแพทย์ (ทำงาน 4 ชั่วโมง/สัปดาห์)	จิตแพทย์ที่ไม่ได้ผ่านการอบรม	พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (อบรมระยะสั้น 5 วัน)	พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (อบรมระยะยาว 1 ปี)	เภสัชกร	นักสังคมสงเคราะห์	รวม (คน)	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยพยาบาลวิชาชีพ	พยาธิแพทย์	เทคนิคการแพทย์	รังสีเทคนิค		
3	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. บ้านคำบง	รพ.สต. M													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	3	2	4	96	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
4	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. สะอาด	รพ.สต. M													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	2	1	6	96	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
5	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลขอนแก่น 2	โรงพยาบาลชุมชน													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	2	1	1	0	0	1		0	1	0	1	6	4	1	1	42	120	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
6	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. โคกสี	รพ.สต. L													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	0	0	0	0	2		0	0	0	0	1	3	0	1	41	186	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
7	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. หนองตูม	รพ.สต. M													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	2	22	185	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
8	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. บึงเนียม	รพ.สต. M													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	25	169	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
สุราษฎร์ธานี																							
1	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							
	จำนวนที่มีอยู่			3	N/A	14	3	0	2	4		5	5	3	51	9	880	8	0	82	1525	เอกสารข้อมูลสำคัญ	2560
				2	N/A	16	3	N/A	2	5	5	N/A	N/A	N/A	N/A	6	N/A					การประชุม JCC ครั้งที่ 2	มี.ค. 2562
2	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลบ้านนาเดิม	F2			■					■				■	3							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	2	0	0	0	2		0	0	2	4	4	37	1	5	8	2	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
3	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่	รพ.สต. M													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	13	103	เอกสารข้อมูลสำคัญ	

ลำดับ	บุคลากร	โรงพยาบาล/ สถานบริการดูแลสุขภาพ	ระดับ	ข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่อง และจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง													บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง					ที่มา	ระยะเวลา
				แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	เภสัชกรชุมชน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	จิตแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	ทันตแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	นักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	นักกิจกรรมบำบัด ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	นักแก้ไขการพูดและภาษา ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	นักสังคมสงเคราะห์ ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	นักจิตวิทยาคลินิก/ นักจิตวิทยาการปรึกษา ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	รวมทั้งหมด	รวม (คนหรือทีม)	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	นักจิตวิทยาคลินิก/ นักจิตวิทยาการปรึกษา	จิตแพทย์	นักสังคมสงเคราะห์	อื่นๆ		
นนทบุรี																							
1	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2560
	จำนวนที่มีอยู่			5	N/A	15	1	1	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
2	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลบางบัวทอง 2	F3			■					■				■		3							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	21	5	0	6	14	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
3	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. โรงกระโจม	รพ.สต. L														0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	23	89	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
4	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลบางกรวย	F1			■					■				■		3							
	จำนวนที่มีอยู่			1	N/A	5	0	0	0	1		0	0	0	8	4	43	2	1	15	N/A	เอกสารข้อมูลสำคัญ	2560	
				1	N/A	6	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3	1	N/A	N/A	N/A	N/A	การประชุม JCC ครั้งที่ 2 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1	มี.ค. มิ.ย. 2562	
5	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. บางสีทอง	รพ.สต. L														0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			1	0	1	0	0	0	1		0	0	0	1	4	3	1	2	62	64	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
นครราชสีมา																								
1	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2560 2562
	จำนวนที่มีอยู่			5	10	16	4	3	5	9		3	10	0	67	10	1,323	107	0	0	513	เอกสารข้อมูลสำคัญ & การประชุม JCC ครั้งที่ 2 & การประชุม JCC ครั้งที่ 3	
2	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลหัวทะเล	F3			■					■				■		3							2560 2562
	จำนวนที่มีอยู่			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	9	0	0	0	0	เอกสารข้อมูลสำคัญ การประชุม JCC ครั้งที่ 2 & การประชุม JCC ครั้งที่ 3	

ลำดับ	บุคลากร	โรงพยาบาล/ สถานบริการดูแลสุขภาพ	ระดับ	ข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่อง และจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง													บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง					ที่มา	ระยะเวลา
				แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	พยาบาลเวชปฏิบัติ	เภสัชกร	นักกายภาพบำบัด	ทันตแพทย์	นักจิตวิทยาคลินิก	นักโภชนาการ (ระดับ 4 ขึ้นไป)	นักสังคมสงเคราะห์ (ระดับ 5 ขึ้นไป)	พยาบาลวิชาชีพ	นักวิชาการสาธารณสุข	แพทย์แผนไทย	ทันตาภิบาล	รวม	(ไม่นับซ้ำ) รวม	แพทย์แผนไทย	นักวิชาการสาธารณสุข	พยาบาลวิชาชีพ	ทันตาภิบาล	รวม		
3	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. โนนฝรั่ง	รพ.สต. L													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	5	1	6	243	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
4	จำนวนที่พึงประสงค์	รพ.สต. ระกาย	รพ.สต. L													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	5	1	7	240	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
5	จำนวนที่พึงประสงค์	ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวทะเล	รพ.สต. L													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	6	0	1	6	95	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
6	จำนวนที่พึงประสงค์	ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ	รพ.สต. L													0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	1	2	0	0	0	2		0	0	0	1	4	7	1	5	15	199	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
ภูเก็ต																							
1	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2560
	จำนวนที่มีอยู่			2	N/A	28	5	2	1	0	0	2	5	10	48	9	463	21	28	9	70	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
2	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลป่าตอง	M2		■	■	■				■	■	■	■	■	8							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	N/A	4	0	0	0	0	0	0	2	0	9	3	84	16	1	53	386	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
	จำนวนที่พึงประสงค์			■		■				■						3						การประชุม JCC ครั้งที่ 3	2562
3	จำนวนที่มีอยู่	โรงพยาบาลถลาง	F1			■					■				■	3							2560
	จำนวนที่พึงประสงค์			0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	2	9	4	71	19	0	60	798	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
					■	■				■												การประชุม JCC ครั้งที่ 3	2562
ชลบุรี																							
1	จำนวนที่พึงประสงค์	โรงพยาบาลชลบุรี	A	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12							2560
	จำนวนที่มีอยู่			4	N/A	16	3	1	3	1		8	7	9	58	10	N/A	0	1	21	230	เอกสารข้อมูลสำคัญ	

ลำดับ	บุคลากร	โรงพยาบาล/ สถานบริการดูแลสุขภาพ	ระดับ	ข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่อง และจำนวนบุคลากรที่พึงประสงค์ตามแนวทางสำหรับการดูแลระยะกลาง													บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง					ที่มา	ระยะเวลา
				ไม่จำเป็นต้องมีบุคลากรในพื้นที่	จำเป็นต้องมีบุคลากรในพื้นที่	อายุรแพทย์	กุมารแพทย์	สูติแพทย์	ศัลยแพทย์	ทันตแพทย์	จิตแพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	เภสัชกร	นักกายภาพบำบัด/ นักกิจกรรมบำบัด	นักโภชนาการ	นักสังคมสงเคราะห์	รวม (คนหรือชั่วโมง)	อายุรแพทย์	กุมารแพทย์	สูติแพทย์	จิตแพทย์	ทันตแพทย์		
2	**จำนวนที่พึงประสงค์**	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	โรงพยาบาลเชี่ยวชาญ														0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			1	N/A	5	0	0	0	3		1	1	1	1		7	4	2	0	0	0	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
3	**จำนวนที่พึงประสงค์**	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	F2			■					■				■									2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3		3	38	3	0	28	301	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
4	**จำนวนที่พึงประสงค์**	โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10	F1			■					■				■		3							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	N/A	3	0	0	0	0	0	0	1	0	6		3	N/A	2	5	20	70	เอกสารข้อมูลสำคัญ	
5	**จำนวนที่พึงประสงค์**	ศูนย์สุขภาพชุมชนพลูตาหลวง	รพ.สต. L														0							2560
	จำนวนที่มีอยู่			0	N/A	0	0	0	0	3		0	0	0	0		1	N/A	0	0	11	161	เอกสารข้อมูลสำคัญ	

หมายเหตุ: : ข้อมูลทางสถิติของจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ปรากฏอยู่ในเอกสาร (เอกสารข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล)

ตารางที่ 3.2.2 แนวทางข้อเสนอด้านกำลังคนสำหรับการดูแลระยะกลางในคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุข มกราคม 2562

วิชาชีพ	ระดับโรงพยาบาล						
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3
1. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	√	√	√	-	-	-	-
***อายุรแพทย์	√	√	√	√			
2. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	√	√	√	√	-	-	-
3. นักกายภาพบำบัด	√	√	√	√	√	√	√
4. นักกิจกรรมบำบัด	√	√	√	√	-	-	-
5. นักแก้ไขการพูด	√	√	√	-	-	-	-
6. นัก/ ช่างกายอุปกรณ์	√	√	√	-	-	-	-
7. พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (หลักสูตร 4 เดือน)	√	√	√	-	-	-	-
8. พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (อบรมระยะสั้น 5 วัน)	√	√	√	√	√	√	√
9. นักสังคมสงเคราะห์	√	√	√	√	-	-	-
10. นักโภชนาการ/ นักกำหนดอาหาร	√	√	√	√	-	-	-
11. นักจิตวิทยา	√	√	√	√	-	-	-
12. เภสัชกร	√	√	√	√	√	√	√

(*** อายุรแพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์ระบบประสาท)

ตารางที่ 3.3 การสำรวจคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือสมาชิกในครอบครัว

ลำดับ	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	ระยะเวลา	วิธีการประเมิน	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน (ราย)	ผลการประเมิน	ที่มา
กรุงเทพมหานคร						
1	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	ไตรมาสที่ 1 2562	แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL)	ผู้ป่วย 26 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 26 ราย	**1) ผู้ป่วย:** สูง 20% กลาง 80% ขาดหายไป 38.46% (10/26 ราย) **2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ:** สูง 80% กลาง 20% ขาดหายไป 7.69% (2/26 ราย)	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ไตรมาสที่ 2 2562	แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL)	N/A	**1) ผู้ป่วย:** สูง 25% กลาง 73% ต่ำ 2% ขาดหายไป: N/A **2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ:** สูง 82% กลาง 18% ขาดหายไป: N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2 การประชุม JCC ครั้งที่ 3
เชียงใหม่						
1	โรงพยาบาลนครพิงค์	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2	แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป SF-36	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
2	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	มี.ค. – ส.ค. 2562	ประเมินโดยนักกายภาพบำบัด ชื่อ “นางนันทวัน”	รวม 4 ราย	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		ไตรมาสที่ 2	ประเมินโดยนักกายภาพบำบัดและทีมเยี่ยมบ้าน จนครบ 6 เดือน	ผู้ป่วยร้อยละ 100	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
สุราษฎร์ธานี						
1	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	ไตรมาสที่ 1	N/A	N/A	ภาพรวมคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
ภูเก็ต						
1	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	ไตรมาสที่ 2	แบบประเมิน Euro QOL (ปรับจากแบบประเมิน SF-36)	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

หมายเหตุ: ข้อมูลคุณภาพชีวิต (QOL) ที่มีในเอกสารมีจำกัด โรงพยาบาลบางแห่งไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นนี้

ตารางที่ 3.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในแต่ละพื้นที่โครงการ

กลุ่มบุ	ชื่อพื้นที่	ชื่อหน่วยบริการ/หน่วยงานสังกัด	ไตรมาส	ความต้องการพัฒนาด้านวิชาการ	หลักสูตร/กิจกรรม	ผู้ให้บริการ	ที่ตั้ง	ผู้เข้าอบรม	สถานที่อบรม	ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	ที่มา
1	กรุงเทพมหานคร	1.โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	ไตรมาสที่ 1 2562	ต้องการพัฒนาทางด้านวิชาการในสาขาฟื้นฟูสภาพเฉพาะทาง	1) ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลระยะกลางสำหรับพยาบาล	พยาบาลจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	พยาบาล 1 ราย จากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์เข้าร่วมฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลระยะกลาง	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระหว่างแพทย์ อาสาสมัครญี่ปุ่นและโครงการ S-TOP	ผู้แทนจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์	อาสาสมัครญี่ปุ่น (JOCV) และโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (โครงการ S-TOP)	N/A	N/A	N/A	
					3) อบรมเชิงปฏิบัติการพื้นฐานด้านการฟื้นฟูการกลืนสำหรับนักวิชาการสาธารณสุข	ผู้แทนจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ 2 ราย	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	ผู้แทนจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ 2 ราย ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดฟื้นฟูภาวะการกลืน	N/A	N/A	
					4) อบรมเชิงปฏิบัติการพื้นฐานด้านการฟื้นฟูการกลืน (ระดับกลาง) สำหรับนักวิชาการสาธารณสุข	ผู้แทนจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ 2 ราย	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	ผู้แทนจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ 2 ราย	N/A	N/A	
					5) ฝึกอบรมผู้ดูแลระยะกลางผ่านระบบ Home Clinic	ญาติผู้ป่วยระยะกลาง 25 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 9 ราย	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	ญาติผู้ป่วยระยะกลาง 25 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 9 ราย ได้รับการแนะนำด้านการดูแลระยะกลางจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์	N/A	N/A	
			ไตรมาสที่ 2 2562		1) อบรมเชิงปฏิบัติการด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางประสาท	พยาบาลจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์	สถาบันประสาทวิทยา	พยาบาลจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางประสาท	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
					2) สัมมนาวิชาการหลักสูตรพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสำหรับพยาบาล	พยาบาลจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์	N/A	พยาบาลจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ได้รับความรู้พื้นฐานด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	N/A	N/A	
					3) อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะกลาง	แพทย์จากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์	N/A	แพทย์จากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะกลาง	N/A	N/A	

ลำดับ	จังหวัดที่ดำเนินการ	หน่วยบริการในระบบปฐมภูมิ/ชุมชน	ระยะเวลา	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ	ผลงาน	ผลลัพธ์	ความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้อง	แหล่งข้อมูล
2	เชียงใหม่	1. โรงพยาบาลนครพิงค์	มี.ค. 2562	N/A	1) ฝึกอบรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บทางไขสันหลัง ก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน	พยาบาลและนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลนครพิงค์	โรงพยาบาลนครพิงค์	ผู้เข้าร่วมจำนวน 80 ราย	N/A	ร่วมมือกับจังหวัดในการจัดการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟู (ระยะเวลา 5 วัน) สำหรับพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			ส.ค. 2562		2) ประชุมและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (หัวข้อ: แผลเรื้อรังและการป้องกันแผลกดทับ)	พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย	โรงพยาบาลนครพิงค์	มีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.95	N/A	มีแผนที่จะพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนและสร้างเครือข่ายนักกายบำบัด	
		2. โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำ (มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจาก รพ. สันทราย ในวันอังคารและวันศุกร์) ไม่มีพยาบาลฟื้นฟูสภาพ (ต้องการการฝึกอบรม)	1) อบรมอาสาสมัคร (รุ่นที่ 1) ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน	อาสาสมัครจากตำบลยางเนิ้งและท่ากว้าง	โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	อาสาสมัครจำนวน 64 ราย ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	N/A	จัดการฝึกอบรมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลอื่น ๆ ในอำเภอสารภี	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		3. รพ.สต. ยางเนิ้ง	ไตรมาสที่ 1 2562	ต้องการเน้นย้ำแนวคิดเรื่องการดูแลระยะกลางในพื้นที่	ยังไม่มีการดำเนินการกิจกรรมด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลระยะกลาง						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			ไตรมาสที่ 2 2562	บุคลากรด้านการดูแลระยะกลางของ รพ.สต. ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูในพื้นที่	ยังไม่มีการดำเนินการกิจกรรมด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคลการดูแลระยะกลาง						
		4. รพ.สต. ท่ากว้าง	ไตรมาสที่ 1 2562	ต้องการพยาบาลดูแลระยะกลางใน รพ.สต.	ยังไม่มีการดำเนินการกิจกรรมด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคลการดูแลระยะกลาง						แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
				รพ.สต. ต้องการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลระยะกลางเพื่อทำงานด้านการดูแลระยะกลางได้อย่างครอบคลุม							
3	ขอนแก่น	1. โรงพยาบาลขอนแก่น	ไตรมาสที่ 1 2562	N/A	1) ฝึกอบรมระยะ 3 วัน เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และฝึกปฏิบัติ	ห้องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ห้องผู้ป่วยทางไขสันหลัง ห้องดูแลผู้ป่วยหนัก ห้อง TM2 หอผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท	โรงพยาบาลขอนแก่น	ผู้เข้าร่วม: พยาบาลจำนวน 14 ราย (1 ราย/หอผู้ป่วย) ร้อยละ 8.6% ของนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 25% ของนักกิจกรรมบำบัด	ไม่สามารถบรรลุเป้าที่ร้อยละ 50 ของนักกายภาพบำบัดทั้งหมด	บรรลุเป้าหมายการจัดการอบรมระยะ 3 วัน ให้ทีมดูแลระยะกลาง (พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ) ผู้เข้าร่วม ร้อยละ 50	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1

กลุ่มงาน	ชื่อผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ/ร่วมดำเนินการ	ระยะเวลา	คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ	เป้าหมาย/ระดับความสำเร็จ	ที่ตั้ง	จำนวน	คุณสมบัติของวิทยากร	ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วม	แหล่งข้อมูล
					2) ฝึกอบรมระยะ 2 วัน	พยาบาล 1 ราย/หอผู้ป่วย (รวม 14 หน่วย)	โรงพยาบาลขอนแก่น	ผู้เข้าร่วม ร้อยละ 100	ไม่สามารถบรรลุเป้า พยาบาล 2 ราย/หอผู้ป่วย		
					3) ฝึกอบรมระยะ 3 วัน ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	พยาบาล 1 ราย/หอผู้ป่วย (รวม 14 หน่วย)	โรงพยาบาลขอนแก่น	ผู้เข้าร่วม ร้อยละ 100	ไม่สามารถบรรลุเป้า พยาบาล 2 ราย/หอผู้ป่วย		
					4) ฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ 4 เดือน	พยาบาล 1 ราย	N/A	ผ่านหลักสูตรระยะ 4 เดือน: 0 ราย	ไม่สามารถบรรลุเป้า: มีพยาบาล 1 ราย ผ่านหลักสูตรระยะ 4 เดือน	1. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาหลักสูตรการฟื้นฟูระยะ 4 เดือน สำหรับนักกายภาพบำบัด 2. มีแผนที่จะส่งพยาบาล 2 ราย เข้าอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูระยะ 4 เดือน ในปี 2563	
			ไตรมาสที่ 2 2562		5) ฝึกอบรมระยะ 3 วัน ให้กับ รพ.สต. ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ทีมสหสาขาวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 7	โรงพยาบาลขอนแก่น	ผู้เข้าร่วมจำนวน 220 ราย	N/A	จัดฝึกอบรมระยะ 3-5 วัน ให้แก่ทีมดูแลระยะกลาง และมีผู้เข้าร่วมร้อยละ 80	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
					6) ฝึกอบรมระยะ 5 วัน	ร้อยละ 10 ของนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลขอนแก่น นักกายภาพบำบัด 1 ราย จากแต่ละโรงพยาบาลชุมชน และจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด แห่งละ 1 ราย	โรงพยาบาลขอนแก่น	ผู้เข้าร่วมจำนวน 180 ราย	N/A	ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาหลักสูตรการฟื้นฟูระยะ 4 เดือน สำหรับนักกายภาพบำบัด	
		2. โรงพยาบาลน้ำพอง	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	1) เวียนบุคลากรทางการแพทย์: แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 5 ราย นักศึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฝึกปฏิบัติ 7 ราย แพทย์ทั่วไป 8 ราย	1) ฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในเครือข่าย รพ.สต. น้ำพอง	พยาบาลในหอผู้ป่วย น้ำพอง พยาบาลชุมชน ลูกจ้างจาก รพ.สต. 18 แห่ง และนักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลน้ำพอง	ผู้เข้าร่วมจำนวน 72 ราย	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงาน/สถานที่ที่จัดอบรม	ระยะเวลา	คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ	เนื้อหาหลักสูตร/ หัวข้อการอบรม	ผู้เข้าร่วม	วิธีการ	ค่าใช้จ่าย	สถานที่จัดกิจกรรม	เริ่มต้น
				2) อายุรแพทย์ (หารือกรณีผู้ป่วยซับซ้อน): 1 3) นักกายภาพบำบัด 8 ราย 4) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยระยะกลาง 7 ราย 5) นักโภชนาการ 2 ราย	2) ฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเครือข่าย รพ.สต. น้ำพอง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	โรงพยาบาลน้ำพอง	ผู้เข้าร่วมจำนวน 150 ราย	N/A	N/A	
					3) เสริมสร้างศักยภาพด้านการประเมินและการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนส่งต่อไปยังศูนย์ดูแลสุขภาพ	อาสาสมัครผู้นำชุมชน	โรงพยาบาลน้ำพอง	ผู้เข้าร่วมจำนวน 70 ราย	N/A	N/A	
					4) ฝึกอบรมพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 5 วัน	พยาบาล 2 ราย	N/A	พยาบาล 2 ราย	N/A	N/A	
					5) ฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง ระยะเวลา 3 วัน	พยาบาล 1 ราย จากหอผู้ป่วยระยะกลาง หรือ นักกายภาพบำบัด	N/A	พยาบาล 1 ราย จากหอผู้ป่วยระยะกลาง หรือนักกายภาพบำบัด	N/A	N/A	
		3. รพ.สต. บ้านคำบง	ไตรมาสที่ 1 2562	บุคลากรหมุนเวียนในปัจจุบัน: แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ราย พยาบาล 1 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย เภสัชกร 1 ราย บุคลากรประจำ: พยาบาล 2 ราย	1) ฝึกอบรมการดูแลระยะกลางเพื่อเสริมสร้างศักยภาพและการให้การดูแล	ผู้แทนจาก รพ.สต. บ้านคำบง จำนวน 2 ราย	N/A	ผู้แทนจาก รพ.สต. บ้านคำบง ได้รับการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลระยะกลาง	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) ฝึกอบรมการให้การดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลสะอาด จำนวน 8 ราย	โรงพยาบาลน้ำพอง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลสะอาด จำนวน 8 ราย ได้รับการฝึกอบรมการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง	N/A	N/A	
					3) อบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลระยะกลางโดยร่วมมือกับอาสาสมัครญี่ปุ่น	ผู้แทนจาก รพ.สต. บ้านคำบง จำนวน 1 ราย	อาสาสมัครญี่ปุ่น	ผู้แทนจาก รพ.สต. บ้านคำบง จำนวน 1 ราย ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะกลาง	N/A	N/A	
			ไตรมาสที่ 2 2562		1) ศึกษาดูงานด้านการดูแลระยะกลาง	ผู้แทนจาก รพ.สต. บ้านคำบง จำนวน 1 ราย	โรงพยาบาลนครพิงค์ และ โรงพยาบาลสารภี	ผู้แทนจาก รพ.สต. บ้านคำบง จำนวน 1 ราย ได้ศึกษาและได้ข้อเรียนรู้จากการดำเนินงานด้านการดูแลระยะกลางของโรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลสารภี	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

กลุ่มงาน	ประเภทงาน	หน่วยงานที่ต้องประสานงาน/ขอความร่วมมือ	ระยะเวลา	คุณสมบัติของบุคลากรที่จะส่งมาปฏิบัติงาน	ภารกิจของหน่วยงานที่ต้องประสานงาน/ขอความร่วมมือ	ที่ตั้ง	ผู้รับผิดชอบ	คุณสมบัติของบุคลากรที่จะส่งมาปฏิบัติงาน	ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการดำเนินงาน	หมายเหตุ
		4. โรงพยาบาลขอนแก่น 2	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง : พยาบาล 2 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย	1) ฝึกอบรมระยะ 3 วัน สำหรับแพทย์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง	แพทย์ พยาบาล และนักกายบำบัด จากโรงพยาบาลขอนแก่น 2 รวมทั้งแพทย์ 3 ราย จาก รพ.สต.	โรงพยาบาลขอนแก่น	แพทย์จากโรงพยาบาลขอนแก่น 2	N/A	การจัดการความรู้ด้านการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลระยะกลางระหว่างคณะทำงานและคณะกรรมการด้านการดูแลระยะกลาง อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				ขาดนักกายภาพบำบัดที่จะเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลระยะกลาง 4 เดือน	2) แผนระยะ 5 ปี ด้านการเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานการดูแลระยะกลางสำหรับพยาบาล รวมทั้งหลักสูตรระยะ 4 เดือน สำหรับพยาบาล	N/A	โรงพยาบาลขอนแก่น 2	N/A	N/A	การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้แก่พยาบาลและนักกายภาพบำบัด	
		5. รพ.สต. หนองตูม	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการพัฒนาศักยภาพในการดูและระยะกลางให้กับพยาบาล	ฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติ ระยะเวลา 3 วัน ด้านการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง	พยาบาลจาก รพ.สต. หนองตูม	N/A	พยาบาลจาก รพ.สต. หนองตูม ได้รับการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติด้านการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง	เป้าหมายในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของ รพ.สต. หนองตูมคือ เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะกลางให้กับบุคลากรด้านการแพทย์ร้อยละ 50	พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะกลางให้กับบุคลากรด้านการแพทย์ของ รพ.สต. หนองตูม ร้อยละ 50	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
										การจัดการความรู้ด้านการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลระยะกลางอย่างน้อย 1 ครั้ง	
										พัฒนาระบบการดูและระยะยาวให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	
		6. รพ.สต. โคกสี	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	N/A	1) ฝึกอบรมด้านการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โคกสี ระยะเวลา 3 วัน	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. โคกสี รวมทั้งพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลขอนแก่น	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. โคกสี ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดำเนินงานการดูแลระยะกลางจากโรงพยาบาลขอนแก่น	N/A	พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะกลางให้กับบุคลากรด้านการแพทย์ของ รพ.สต. โคกสี ร้อยละ 50	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
					2) ฝึกอบรมเสริมสร้างศักยภาพด้านการฟื้นฟูจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ระยะเวลา 3 วัน	พยาบาลจาก รพ.สต. โคกสี จำนวน 1 ราย	N/A	พยาบาลจาก รพ.สต. โคกสี 1 ราย ได้รับการฝึกอบรมเสริมสร้างศักยภาพด้านการฟื้นฟูจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ระยะเวลา 3 วัน	N/A	การจัดการความรู้ด้านการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลระยะกลางอย่างน้อย 1 ครั้ง	
										พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	

กลุ่มที่	ลงนามในข้อตกลง	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ	ไตรมาส	คุณสมบัติของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ	เนื้อหาของหลักสูตร/กิจกรรม	ผู้เข้าร่วม	ที่ตั้ง	หน้าที่ความรับผิดชอบ	ความคืบหน้าของการดำเนินการ	หมายเหตุ
		7. รพ.สต. สะอาด	ไตรมาสที่ 1 2562	บุคลากรหมุนเวียนในปัจจุบัน: แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ราย พยาบาล 2 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย เภสัชกร 1 ราย บุคลากรประจำ: พยาบาล 2 ราย นักวิชาการสาธารณสุข 1 ราย	1) เจ้าหน้าที่ 1 รายจาก รพ.สต. บ้านคำบง เข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง จัดโดย รพ.สต. สะอาด	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. บ้านคำบง จำนวน 1 ราย	รพ.สต. สะอาด	รพ.สต. สะอาด สามารถถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลระยะกลางให้กับ รพ.สต. บ้านคำบง ได้	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) ฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ใน 3 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง บาดเจ็บทางไขสันหลัง สำหรับผู้ดูแล 4 ราย ในตำบลสะอาด	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 ราย ในตำบลสะอาด	รพ.สต. สะอาด	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 ราย ในตำบลสะอาด ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จาก รพ.สต. สะอาด	N/A	N/A	
					3)) ฝึกอบรมช่วยเหลือเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ใน 3 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง บาดเจ็บทางไขสันหลัง และการสร้างเครือข่ายหน่วยกู้ภัยฉุกเฉินในชุมชน สำหรับอาสาสมัครจำนวน 35 ราย	อาสาสมัครจำนวน 35 ราย	รพ.สต. สะอาด ร่วมมือกับ รพ.สต. อื่น ๆ และ โรงพยาบาลน้ำพอง	อาสาสมัครจำนวน 35 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการช่วยเหลือเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	N/A	N/A	
					4) อบรมเชิงปฏิบัติการระหว่างแพทย์โดยอาสาสมัครญี่ปุ่น	ผู้แทนจาก รพ.สต. สะอาด จำนวน 1 ราย	อาสาสมัครญี่ปุ่น	ผู้แทนจาก รพ.สต. สะอาด จำนวน 1 ราย ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะกลางจากอาสาสมัครญี่ปุ่น	N/A	N/A	
					5) ศึกษาดงานการดูแลระยะกลาง ณ ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน ต. สะอาด สำหรับผู้เยี่ยมชม 15 ราย	ผู้ดูงานจำนวน 15 ราย	รพ.สต. สะอาด	ผู้ดูงานจำนวน 15 ราย ได้เรียนรู้ด้านการดูแลระยะกลางจาก รพ.สต. สะอาด	N/A	N/A	
			ไตรมาสที่ 2 2562		1) เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. สะอาด 1 ราย พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่จาก รพ. น้ำพอง ศึกษาดูงานด้านการดูแลระยะยาว ณ รพ.นครพิงค์ และ รพ. สารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. สะอาด จำนวน 1 ราย	โรงพยาบาลนครพิงค์ และ โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. สะอาด จำนวน 1 ราย ได้เรียนรู้ด้านการดูแลระยะกลางจากโรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	เขตสุขภาพที่	หน่วยบริการที่รับผิดชอบ	ไตรมาส	ความต้องการพัฒนาศักยภาพ	หลักสูตร/กิจกรรมพัฒนา	ผู้เข้าร่วม	วิทยากร	สถานที่	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ไตรมาส
4	สุราษฎร์ธานี	1. โรงพยาบาลบ้านนาเดิม	ไตรมาสที่ 1 2562	ต้องการพัฒนาศักยภาพ ความเชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์	1) พยาบาล 2 ราย เข้าร่วมหลักสูตรฝึกอบรมฟื้นฟู ระยะเวลา 5 วัน	พยาบาลจากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม จำนวน 2 ราย	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	พยาบาลจากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม จำนวน 2 ราย ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	N/A	พยาบาลเข้าร่วมหลักสูตรฟื้นฟู ระยะเวลา 4 เดือน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) พยายาล 1 ราย และนักกายภาพบำบัด 1 ราย เข้าร่วมหลักสูตรการฝึกอบรมด้านกิจกรรมบำบัด การแก้ไขการพูด และอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้พิการ ระยะเวลา 2 วัน	พยาบาล 2 ราย และนักกายภาพบำบัด 1 ราย จากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม	N/A	พยาบาล 2 ราย และนักกายภาพบำบัด 1 ราย จากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านกิจกรรมบำบัด การแก้ไขการพูด และอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้พิการ	N/A	การฝึกอบรมด้านการดูแลระยะกลางให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
					3) หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ	นักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม จำนวน 2 ราย	N/A	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม จำนวน 2 ราย ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุ	N/A	พัฒนาระบบการฝึกปฏิบัติงานจริง	
					4) หลักสูตรฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 93 ราย	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม	โรงพยาบาลบ้านนาเดิมถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลให้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 93 ราย	N/A	เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้นำเสนอกรณีศึกษาในการประชุมการดูแลระยะกลาง	
			ไตรมาสที่ 2 2562		1) ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มการดูแลระยะกลาง รวมถึงเครื่องมือทางการแพทย์สำหรับการดูแลระยะกลาง (BI ICF การกลืน)	เจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในท้องถิ่น	N/A	เจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในท้องถิ่น ได้รับความรู้และความเข้าใจด้านการดูแลระยะกลางเพิ่มมากขึ้น	N/A		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	ไตรมาสที่ 1 2562	N/A	1) ฝึกอบรมเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี	อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับการอบรม	N/A	ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน รวม 30 ราย	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) ฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูให้แก่พยาบาล	พยาบาล	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	พยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	N/A	ฝึกอบรมเครื่องมือ ICF ให้แก่นักกายภาพบำบัด	
					3) ฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูการกลืนให้แก่พยาบาล	พยาบาล	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	พยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดฟื้นฟูภาวะการกลืนจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	N/A		

กลุ่มที่	จังหวัด	โรงพยาบาลชุมชน/สสอ.	ระยะเวลา	ความต้องการพัฒนาศักยภาพ	การฝึกอบรม/ทักษะที่ต้องการ	ระยะเวลา	ที่ตั้ง	ค่าใช้จ่าย	ความต้องการ	ลำดับ
			ไตรมาสที่ 2 2562	โรงพยาบาลต้องการเพิ่มจำนวนนักกายภาพบำบัดที่ทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่น	1) ฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเมืองจำนวน 80 ราย	อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเมือง จำนวน 80 ราย	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเมือง จำนวน 80 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	N/A	หลักสูตรฟื้นฟูสภาพระยะสั้นสำหรับพยาบาล	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				ต้องการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลระยะกลาง						
		3. รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่	ไตรมาสที่ 1 2562	จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ อาทิ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายภาพบำบัด	1) เจ้าหน้าที่ 1 ราย เข้าร่วมอบรมด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง สถานการณ์และแนวโน้มด้านการดูแลระยะกลาง และเครื่องมือสำหรับการดูแลระยะกลาง เช่น BI ICF และการกลืน	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่ จำนวน 1 ราย	N/A	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่ จำนวน 1 ราย ได้รับการฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง (เป้าหมายโครงการคืบหน้าร้อยละ 50)	N/A	การเสริมสร้างศักยภาพในการให้การดูแลระยะกลาง	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) ฝึกอบรมด้านการดูแลให้แก่นักกายภาพบำบัด 6 ราย	นักกิจกรรมบำบัด 6 ราย	รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่	นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 6 ราย จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 19 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการให้การดูแล คิดเป็นความคืบหน้าร้อยละ 31.58	N/A	พัฒนาการฝึกปฏิบัติงานจริงสำหรับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์	
			ไตรมาสที่ 2 2562		1) เจ้าหน้าที่ 1 ราย เข้าร่วมอบรมด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง สถานการณ์และแนวโน้มด้านการดูแลระยะกลาง และเครื่องมือสำหรับการดูแลระยะกลาง เช่น BI ICF และการกลืน	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่ จำนวน 1 ราย	N/A	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่ รวมจำนวน 2 ราย ได้รับการฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง (บรรลุเป้า ร้อยละ 100)	N/A	เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้นำเสนอกรณีศึกษาในการประชุมการดูแลระยะลาง	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
5	นนทบุรี	1. โรงพยาบาลบางบัวทอง 2	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์	1) ฝึกอบรมวิชาการด้านการประเมินฟื้นฟูภาวะการกลืนสำหรับนักกายภาพบำบัด	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จำนวน 2 ราย	N/A	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จำนวน 2 ราย ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	N/A	มีแผนที่จะส่งเจ้าที่ทางการแพทย์เข้าอบรมเชิงวิชาการ	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				ต้องการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์	2) หลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพระยะเวลา 5 วัน สำหรับพยาบาล	พยาบาลจากโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จำนวน 4 ราย	N/A	พยาบาลจากโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 จำนวน 4 ราย เข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ	N/A	แผนเสนอเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์	
										มีแผนที่จะส่งพยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรฟื้นฟูสภาพระยะเวลา 4 เดือน	

กลุ่มงาน	ตัวชี้วัดกลุ่มงาน	ตัวชี้วัดที่ใช้ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์	ระยะเวลา	คุณภาพและมาตรฐานของผลที่ส่งมอบ	ขั้นตอนการดำเนินงาน/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ทรัพยากรที่ใช้	ความเสี่ยง	ระบบการกำกับติดตามประเมินผล	เอกสาร
		2. โรงพยาบาลบางกรวย	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการเพิ่มศักยภาพทางด้านวิชาการ	1) บุคลากรทางการแพทย์เข้าร่วมฝึกอบรมเชิงวิชาการ 2 ครั้ง	เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลบางกรวย	N/A			มีแผนที่จะส่งเจ้าที่ทางการแพทย์เข้าอบรมเชิงวิชาการ	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				ต้องการเพิ่มจำนวนของบุคลากรทางการแพทย์						แผนเสนอเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์	
		3. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	N/A	1) ฝึกอบรมด้านการบำบัดการพูด การใช้ภาษา และการกลืน ให้แก่นักกายภาพบำบัดและพยาบาล ใน รพ.สต.	นักกายภาพบำบัดและพยาบาลจาก รพ.สต.	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	นักกายภาพบำบัดและพยาบาลจาก รพ.สต. ได้รับการฝึกอบรมด้านการบำบัดการพูด การใช้ภาษา และการกลืน จากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	N/A	การฝึกอบรมด้านการบำบัดการพูด การใช้ภาษา และการกลืน ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
					2) ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูและการใช้อุปกรณ์ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน	อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน ได้รับการฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูและการใช้อุปกรณ์	N/A		
		4. รพ.สต. บางสีทอง	ไตรมาสที่ 1 2562	N/A	1) ฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ โดยโรงพยาบาลบางกรวย	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินงานของ รพ.สต. บางสีทอง	โรงพยาบาลบางกรวย	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินงานของ รพ.สต. บางสีทอง ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ จากโรงพยาบาลบางกรวย	N/A	การฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูให้แก่พยาบาลจาก รพ.สต. บางสีทอง โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี	พยาบาล จาก รพ.สต. บางสีทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี	พยาบาล จาก รพ.สต. บางสีทอง ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดฟื้นฟูจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี	N/A		
			ไตรมาสที่ 2 2562		1) ฝึกอบรมเชิงวิชาการให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยนักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินงานของ รพ.สต. บางสีทอง	โรงพยาบาลบางกรวย	รพ.สต. บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 100) ในการฝึกอบรมด้านการดูแลฟื้นฟูให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้จากผลการสำรวจพบว่า หลังการอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 70 สามารถนำความรู้จากการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชนได้จริง	N/A		แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	จังหวัด	หน่วยบริการ/หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน	ระยะเวลา	คุณสมบัติของหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน	การสนับสนุน/กระตุ้นการเรียนรู้	ผู้รับการสนับสนุน	ที่ตั้ง	ผู้ให้การสนับสนุน/กระตุ้นการเรียนรู้	ความต้องการ	รายละเอียดของการสนับสนุน/กระตุ้นการเรียนรู้	ปีงบประมาณ
		5. รพ.สต. โรงกระโจม	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	N/A	1) ฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ โดยโรงพยาบาลบางบัวทอง 1 และ 2	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินงานของ รพ.สต. โรงกระโจม	โรงพยาบาลบางบัวทอง 1 และ 2	รพ.สต. บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 100) ในการฝึกอบรมด้านการดูแลฟื้นฟูให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	N/A	การฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
										จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพัฒนาศักยภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ในศูนย์ดูแลตอนกลางวัน	
6	นครราชสีมา	1. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการเพิ่มตำแหน่งนักกายภาพบำบัด	1) ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความเข้าใจด้านการดูแลระยะกลาง	เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความเข้าใจด้านการดูแลระยะกลาง	N/A	การประชุมเชิงวิชาการสำหรับการดูแลระยะกลางที่ไร้รอยต่อโดยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลหัวทะเล	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการเพิ่มศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่ - ขาดพยาบาลฟื้นฟู (ที่มา: การประชุม คณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	มีแผนที่จะจัดประชุมปรึกษารายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
										การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ	
		3.ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวทะเล	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการเพิ่มตำแหน่งนักกายภาพบำบัด	1) ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาล และนักกายภาพบำบัดด้านการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง	เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของศูนย์สุขภาพชุมชนหัวทะเล	N/A		N/A	โครงการแลกเปลี่ยนเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดนครราชสีมา	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				ต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะกลาง	2) ฝึกอบรมด้านการดูแลระยะกลางให้แก่พยาบาล	พยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชนหัวทะเล	N/A	พยาบาลได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลระยะกลาง 3 ครั้ง มีความคืบหน้ากิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 80	N/A		
		4. ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ	ไตรมาสที่ 1 2562	ต้องการบุคลากรที่ขาดแคลน: นักกายภาพบำบัด	1) ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง	N/A	N/A	N/A	N/A	ประเมินการบริการตามแผนที่การดูแล	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) ประชุมวิชาการด้านการฟื้นฟูภาวะการกลืนสำหรับพยาบาล	พยาบาลจากศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ	N/A	พยาบาลได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลระยะกลาง 3 ครั้ง มีความคืบหน้ากิจกรรมคิดเป็น ร้อยละ 80	N/A	การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ	

ลำดับ	จังหวัด	หน่วยบริการในจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 1	ระยะเวลา	คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม	เนื้อหาหลักสูตร/กระบวนการ	ผู้เข้าอบรม	จำนวน	คุณสมบัติผู้สอน	ความต้องการของผู้เข้าอบรม	หมายเหตุ
7	ภูเก็ต	1. โรงพยาบาลป่าตอง	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	N/A	1) ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูสำหรับพยาบาล ระยะเวลา 3 วัน	พยาบาลจากโรงพยาบาลป่าตอง จำนวน 2 ราย	N/A	พยาบาลจากโรงพยาบาลป่าตอง จำนวน 2 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟู	N/A	จัดให้มีการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสำหรับพยาบาลใน รพ.สต. การฝึกอบรมด้านการบำบัดการพูด การใช้ภาษา และการกลืนสำหรับนักกายภาพบำบัด	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลถลาง	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	N/A	1) ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูสำหรับพยาบาล ระยะเวลา 3 วัน	พยาบาลจากโรงพยาบาลถลาง จำนวน 2 ราย	N/A	พยาบาลจากโรงพยาบาลถลาง จำนวน 2 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟู	N/A	จัดให้มีการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสำหรับพยาบาลใน รพ.สต.	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		3. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	N/A	1) ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูสำหรับพยาบาล ระยะเวลา 3 วัน	พยาบาลจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 4 ราย	N/A	พยาบาลจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 4 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟู	N/A	จัดให้มีการฝึกอบรมด้านการฟื้นฟูสำหรับพยาบาลใน รพ.สต.	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
					2) ฝึกอบรมด้านการบำบัดการพูด การใช้ภาษา และการกลืน ให้แก่นักกายภาพบำบัด 2 ราย	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 2 ราย	N/A	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 2 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการบำบัดการพูด การใช้ภาษา และการกลืน	N/A	คุณสมบัติสำหรับผู้ป่วย IMC ในการสื่อสาร	
					3) ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูระดับพื้นฐาน ให้แก่นักกายภาพบำบัด 2 ราย	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 2 ราย	N/A	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 2 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูระดับพื้นฐาน	N/A	การฝึกอบรมด้านการบำบัดการพูด การใช้ภาษา และการกลืนสำหรับนักกายภาพบำบัด	
					4) ฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูระดับกลาง ให้แก่นักกายภาพบำบัด 1 ราย	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 1 ราย	N/A	นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 1 ราย ได้รับการฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูระดับกลาง	N/A		
		4. รพ.สต. เกาะแก้ว	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 2562	N/A	1) อบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลระยะกลางในผู้สูงอายุ	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.	N/A	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ได้รับความรู้ด้านการดูแลระยะกลางเพิ่มขึ้น	N/A	ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
					2) สัมมนาการดำเนินงานโครงการ S-TOP	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุข	โครงการ S-TOP	เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้าใจในการดำเนินงานของโครงการ S-TOP	N/A	การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข	

ลำดับ	จังหวัด	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.	ไตรมาส	ความต้องการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	การดำเนินการ/ระยะเวลา	ที่ตั้งดำเนินการ	หมอ	ความพร้อมด้านการรักษา	ความต้องการสนับสนุนจากส่วนกลาง	หมายเหตุ
8	ชลบุรี	1. โรงพยาบาลชลบุรี	ไตรมาสที่ 1 2562	โรงพยาบาลต้องการเสริมสร้างการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในด้านการฟื้นฟูเฉพาะทางเพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น การฟื้นฟูความสามารถด้านการกลืนและการสื่อสารขั้นพื้นฐาน	1) ส่งพยาบาล 2 ราย เข้าร่วมจัดหลักสูตรฝึกอบรมการบำบัดฟื้นฟู 4 เดือน	พยาบาลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดชลบุรี	โรงพยาบาลชลบุรี	หอผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลาง ในโรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 และโรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามมีพยาบาลฟื้นฟูที่ผ่านการอบรม (หลักสูตร 4 เดือน) อย่างน้อย 1 ราย	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
				ต้องการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในส่วนของพยาบาลและผู้ช่วยฟื้นฟู	2) จัดฝึกอบรมพยาบาลฟื้นฟู ระยะเวลา 5 วัน	พยาบาลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 17 ราย	โรงพยาบาลชลบุรี	พยาบาลจาก 12 โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 17 ราย ได้รับการอบรมพยาบาลฟื้นฟู			
					3) จัดฝึกอบรมผู้ช่วยฟื้นฟู ระยะเวลา 2 วัน	ผู้ช่วยจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 19 ราย	โรงพยาบาลชลบุรี	ผู้ช่วยจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 19 ราย ได้รับการอบรมผู้ช่วยฟื้นฟู			
					4) ศึกษาดูงานแผนกฟื้นฟูระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลศิริราช	แพทย์จากโรงพยาบาลชลบุรี	โรงพยาบาลศิริราช	ดำเนินการเรียบร้อย			
			ไตรมาสที่ 2 2562	โรงพยาบาลต้องการเสริมสร้างการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในด้านการฟื้นฟูเฉพาะทางเพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น การฟื้นฟูความสามารถด้านการกลืนและการสื่อสารขั้นพื้นฐาน	1) จัดฝึกอบรมพยาบาลฟื้นฟู ระยะเวลา 5 วัน	พยาบาลจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	โรงพยาบาลชลบุรี	โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 และโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม สามารถจัดให้มีพยาบาลฟื้นฟู 1 ราย สำหรับให้การดูแลในหอผู้ป่วย	N/A	ศึกษาดูงาน “ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน” ในจังหวัดนนทบุรี	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				ต้องการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในส่วนของพยาบาลและผู้ช่วยฟื้นฟู	2) จัดฝึกอบรมผู้ช่วยฟื้นฟู ระยะเวลา 2 วัน	ผู้ช่วยจากศูนย์สุขภาพชุมชนชลบุรี รพ.สต. หนองไม้แดง และแผนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	โรงพยาบาลชลบุรี	พยาบาลจาก 12 โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 17 ราย ได้รับการอบรมพยาบาลฟื้นฟู (สำเร็จ ร้อยละ 100)		หลักสูตรการฟื้นฟูการกลืนสำหรับนักกิจกรรมบำบัด 1 ราย	
				ต้องการสร้างศักยภาพด้านกิจกรรมฟื้นฟูและการสื่อสารขั้นพื้นฐาน	3) ศึกษาดูงานแผนกฟื้นฟูระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลศิริราช	แพทย์จากโรงพยาบาลชลบุรี	โรงพยาบาลศิริราช	ดำเนินการเรียบร้อย		จัดการฝึกอบรมฟื้นฟูให้แก่ รพ.สต. ในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี	

กลุ่มงาน	ชื่อหน่วยงาน	หน่วยงาน/ชมรมที่ใช้ระบบลูกข่ายเครือข่ายสารสนเทศ	ระยะเวลาดำเนินการ	ลักษณะการใช้งานเครือข่ายสารสนเทศ	บทบาทของหน่วยงาน	กระบวนการ	ผู้ใช้	ผลผลิตที่ได้	ผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้งานเครือข่ายสารสนเทศ	หมายเหตุ
		2. รพ.สต. ชากแง้ว	ไตรมาสที่ 1 2562	ต้องการเสริมสร้างทักษะการพยาบาล	1) โรงพยาบาลส่งผู้จัดการการดูแล (CM) 1 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง	ผู้จัดการการดูแล (CM) จาก รพ.สต. ชากแง้ว จำนวน 1 ราย	N/A	ผู้จัดการการดูแล (CM) จำนวน 1 ราย ได้รับการฝึกอบรม (สำเร็จ)	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
				โรงพยาบาลต้องการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์	2) โรงพยาบาลส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมอบรมการดูแลระยะกลาง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จาก รพ.สต. ชากแง้ว จำนวน 18 ราย	N/A	ผู้ดูแลผู้สูงอายุจาก รพ.สต. ชากแง้ว จำนวน 18 ราย ได้รับการฝึกอบรม (สำเร็จ)			
			ไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการเสริมสร้างทักษะการพยาบาล	1) โรงพยาบาลส่งผู้จัดการการดูแล (CM) 1 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง	ผู้จัดการการดูแล จาก รพ.สต. ชากแง้ว จำนวน 1 ราย	N/A	ผู้จัดการการดูแล จาก รพ.สต. ชากแง้ว จำนวน 1 ราย ได้รับการฝึกอบรม (สำเร็จ)	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				โรงพยาบาลต้องการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์	2) โรงพยาบาลส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จาก รพ.สต. ชากแง้ว จำนวน 16 ราย	N/A	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จาก รพ.สต. ชากแง้ว จำนวน 16 ราย ได้รับการฝึกอบรม (สำเร็จ)			
		3. รพ.สต. ห้วยใหญ่	ไตรมาสที่ 1 2562	ต้องการเสริมสร้างทักษะการพยาบาล	1) โรงพยาบาลส่งผู้จัดการการดูแล (CM) 1 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง	ผู้จัดการการดูแล จาก รพ.สต. ห้วยใหญ่ จำนวน 1 ราย	N/A	ผู้จัดการการดูแล จำนวน 1 ราย ได้รับการฝึกอบรม (สำเร็จ)	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
				โรงพยาบาลต้องการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์	2) โรงพยาบาลส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จาก รพ.สต. ห้วยใหญ่ จำนวน 24 ราย	N/A	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 24 ราย ได้รับการฝึกอบรม (สำเร็จ)			
			ไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการเสริมสร้างทักษะการพยาบาล	1) โรงพยาบาลส่งผู้จัดการการดูแล (CM) 1 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง	ผู้จัดการการดูแล จาก รพ.สต. ห้วยใหญ่ จำนวน 1 ราย	N/A	ผู้จัดการการดูแล จำนวน 1 ราย ได้รับการฝึกอบรม (สำเร็จ)	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				โรงพยาบาลต้องการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์	2) โรงพยาบาลส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมฝึกอบรมการดูแลระยะกลาง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จาก รพ.สต. ห้วยใหญ่ จำนวน 24 ราย	N/A	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 24 ราย ได้รับการฝึกอบรม (สำเร็จ)			
		4. ศูนย์สุขภาพชุมชนพลูตาหลวง	ไตรมาสที่ 1 2562	ศูนย์ฯ ให้คำปรึกษาด้านการดูแลระยะกลางแก่ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู	1) ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟู	บุคลากรจากศูนย์ฯ	โรงพยาบาลชลบุรี	บุคลากรจากศูนย์ฯ เข้าร่วมการอบรม	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
				ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูขาดผู้ดูแลที่บ้านเนื่องจากปัญหาส่วนบุคคล	2) ฝึกอบรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการฟื้นฟู	ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ จำนวน 3 ราย	โรงพยาบาลชลบุรี	ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมการอบรม			
					3) ศึกษาดูงานโรงพยาบาลศิริราช 1 วัน	บุคลากรจากศูนย์ฯ	โรงพยาบาลศิริราช	N/A			

กลุ่ม	ประเภท	หน่วยบริการที่ต้องการส่งต่อ/ส่งกลับ	ระยะเวลา	คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ส่งต่อ	เกณฑ์การรับ/ส่งกลับ	ที่ตั้ง	ชื่อ	คุณสมบัติ	ข้อตกลงการส่งต่อ	หมายเหตุ
			ไตรมาสที่ 2 2562	ศูนย์ฯ ให้คำปรึกษาด้านการดูแลระยะกลางแก่ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู	1) ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟู	บุคลากรจากศูนย์ฯ	โรงพยาบาลชลบุรี	บุคลากรจากศูนย์ฯ เข้าร่วมการอบรม	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูขาดผู้ดูแลที่บ้านเนื่องจากปัญหาส่วนบุคคล	2) ฝึกอบรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการฟื้นฟู	ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ จำนวน 3 ราย	โรงพยาบาลชลบุรี	ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมการอบรม			
					3) ศึกษาดูงานโรงพยาบาลศิริราช 1 วัน	บุคลากรจากศูนย์ฯ	โรงพยาบาลศิริราช	N/A			
	5. โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10	ไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 2562	โรงพยาบาลต้องการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และเพิ่มศักยภาพด้านการฟื้นฟู	1) จัดหลักสูตรฝึกอบรมการบำบัดฟื้นฟูระยะ 4 เดือน	พยาบาลจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 จำนวน 1 ราย	N/A	พยาบาลจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 จำนวน 1 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมหลักสูตรการฟื้นฟู	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
					2) จัดฝึกอบรมพยาบาลฟื้นฟู ระยะเวลา 5 วัน	พยาบาลจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 จำนวน 2 ราย	N/A	พยาบาลจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 จำนวน 2 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู	N/A	N/A	
					3) จัดฝึกอบรมผู้ช่วยฟื้นฟู ระยะเวลา 2 วัน	ผู้ช่วยจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 จำนวน 6 ราย	N/A	ผู้ช่วยจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 จำนวน 6 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมหลักสูตรผู้ช่วยฟื้นฟู	N/A	N/A	
					4) ส่งพยาบาล 5 ราย เข้าร่วมอบรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	พยาบาลจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 จำนวน 4 ราย	N/A	พยาบาลจากโรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 จำนวน 4 จาก 5 รายที่ตั้งเป้าไว้เข้าร่วมอบรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	N/A	จัดส่งพยาบาลจำนวน 1 ราย เข้าร่วมฝึกอบรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	6. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	ไตรมาสที่ 1 2562	ต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูเฉพาะทาง	1) ส่งพยาบาลเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการบำบัดฟื้นฟู	พยาบาลจากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จำนวน 1 ราย	N/A	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มีแพทย์ฟื้นฟูรวม 4 ราย	N/A	โรงพยาบาลต้องการเพิ่มตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
					2) แพทย์ฟื้นฟู 2 ราย เข้าร่วมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพการบำบัดฟื้นฟู ระยะเวลา 2 สัปดาห์	แพทย์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จำนวน 2 ราย	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ		N/A		
		ไตรมาสที่ 2 2562	พัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	1) ให้ทุนการศึกษาสำหรับหลักสูตรศึกษาเฉพาะทางด้านการฟื้นฟู เป็นระยะเวลา 3 ปี	แพทย์ 2 ราย	N/A	ทีมดูแลระยะกลางของโรงพยาบาลสามารถให้การดูแลระยะกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

กลุ่มงาน	ลักษณะงาน	หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก/ร่วมดำเนินการ	ระยะเวลา	คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม	หลักสูตร/กระบวนการอบรม	ผู้เข้ารับการอบรม	ผู้ฝึก	วิธีการ	คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม	ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการอบรม	หมายเหตุ
		7. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	ไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 2562	ต้องการพัฒนาศักยภาพสำหรับพยาบาล	1) หลักสูตรฝึกอบรมการบำบัดฟื้นฟู 4 เดือน สำหรับพยาบาล	พยาบาลจากโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 2 ราย	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	พยาบาล 1 ราย ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการบำบัดฟื้นฟู 4 เดือน จากสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				เพิ่มบุคลากรด้านการดูแลระยะกลาง	2) หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลฟื้นฟู ระยะเวลา 5 วัน	พยาบาลจากโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 1 ราย	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	พยาบาล 1 ราย ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลฟื้นฟู 5 วัน จากสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	N/A	N/A	
					3) หลักสูตรฝึกอบรมด้านการฟื้นฟู ระยะเวลา 2 วัน ให้แก่ผู้ช่วย 2 ราย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 ราย	ผู้ช่วย 2 ราย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 ราย	N/A	ผู้ช่วย 2 ราย และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 ราย เข้าร่วมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติด้านการฟื้นฟู	N/A	N/A	

ตารางที่ 3.5 การแบ่งบทบาทใหม่ของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/ สถานบริการดูแลสุขภาพ	เวลา	หน้าที่/บทบาท	ผู้รับผิดชอบ	ต้องดำเนินการโดย	ที่มา
1	เชียงใหม่	1 โรงพยาบาลนครพิงค์	ภายหลังจำหน่ายออก	1) ประเมิน BI	หน่วยงานปลายทาง	ผู้จัดการรายกรณี	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2 โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	ทุกวันอังคารและศุกร์	1) รักษาพยาบาลผู้ป่วย	แพทย์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลสันทราย	แพทย์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
				2) ดูแลผู้ป่วยที่พักฟื้นฟูในหอผู้ป่วยระยะกลาง	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลฟื้นฟู	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
2	ขอนแก่น	2 โรงพยาบาลน้ำพอง	N/A	1) บำบัดด้านการพูดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ขาดนักแก้ไขการพูด	นักพยาธิวิทยาด้านการพูดและภาษา	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

หมายเหตุ: ตารางข้างต้นแสดงเฉพาะข้อมูลที่มีอยู่ในเอกสารที่จัดเตรียมไว้ให้ ทั้งนี้ พื้นที่นำร่องส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการแบ่งบทบาทใหม่ของผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3.6 แนวปฏิบัติในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

จังหวัด	ข้อมูล/การปฏิบัติทั่วไป			โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	การประเมิน	ผลการประเมิน				ระยะเวลา	ที่มา	Barthel index (โดยเฉลี่ย)		ระยะเวลา	ที่มา
	เกณฑ์ประเมิน	ขั้นของผู้ป่วยและความถี่	ที่มา									ก่อนให้บริการการดูแลระยะกลาง	หลังให้บริการการดูแลระยะกลาง		
กรุงเทพมหานคร				1. โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	1) ประเมิน ADL ผู้ป่วย 26 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 92.8 (25/26 ราย) มี ADL เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ทั้งนี้ มีผู้ป่วย 1 รายไม่ให้ความร่วมมือระหว่างโปรแกรมฟื้นฟู				ไตรมาสที่ 1	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1	6.18	10.47	ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมิน ADL ผู้ป่วย 38 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 89.47% (34/38 ราย) มี ADL เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ไม่ให้ความร่วมมือระหว่างโปรแกรมฟื้นฟู				ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
เชียงใหม่	BI < 15 BI ≥ 15 BI 0-4: ติดเตียง BI 5-11: ติดบ้าน BI ≥ 12: ติดสังคม	นอน รพ. : 1 ครั้ง จำหน่ายออก: 1 ครั้ง 3 เดือน: 1 ครั้ง 6 เดือน: 1 ครั้ง		1. โรงพยาบาลนครพิงค์	1) ประเมิน ADL ผู้ป่วย 103 ราย 4 ครั้ง	ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ เพราะในครั้งแรกได้รับผลจากผู้ป่วย 52 ราย (BI < 15: 42 ราย และ BI > 15: 10 ราย) แต่หลังจากผ่านไป 6 เดือน ได้รับผลจากผู้ป่วยเพียงแค่ 4 ราย					การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3	< 15: 42/103 (N/A 51 ราย)	N/A 99/103 ราย	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
				2. โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	1) ผู้ป่วยใน 4 ราย ได้รับการประเมินโดยนักกายภาพบำบัด	N/A				มี.ค. – ก.ค. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1	0-4: 19/38 ราย (50%)	> 12: 21/38 ราย (55.2%)	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ผู้ป่วย 62 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 66 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น				มี.ค. – ก.ย. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
					3) ประเมินผู้ป่วย 38 ราย: โรคหลอดเลือดสมอง 31 ราย บาดเจ็บทางศีรษะและสมอง 5 ราย บาดเจ็บทางไขสันหลัง 2 ราย จำนวน 4 ครั้ง	นอน รพ.: BI 0-4: 19 ราย (50%) BI 5-11: 12 ราย (31.6%) BI ≥ 12: 7 ราย (18.4%)	จำหน่ายออก: BI 0-4: 17 ราย (44.7%) BI 5-11: 8 ราย (21.1%) BI ≥ 12: 13 ราย (34.2%)	3 เดือน: BI 0-4: 12 ราย (31.6%) BI 5-11: 15 ราย (39.5%) BI ≥ 12: 11 ราย (28.9%)	6 เดือน: BI 0-4: 8 ราย (21.1%) BI 5-11: 9 ราย (23.7%) BI ≥ 12: 21 ราย (55.2%)	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3				
					4) ประเมินผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยใน 23 ราย	นอน รพ.: BI < 10: 20 ราย	ต่อมา: BI เพิ่มขึ้น: 18 ราย (78.3%)			ต.ค. 2561 - ม.ค. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2				

จังหวัด	ข้อมูล/การปฏิบัติทั่วไป			โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	การประเมิน	ผลการประเมิน				ระยะเวลา	ที่มา	Barthel index (โดยเฉลี่ย)		ระยะเวลา	ที่มา
	เกณฑ์ประเมิน	ขั้นของผู้ป่วยและความถี่	ที่มา									ก่อนให้บริการการดูแลระยะกลาง	หลังให้บริการการดูแลระยะกลาง		
ขอนแก่น	BI > 75: ผู้ป่วยนอก BI < 75 หรือ BI > 75 + มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป: หอผู้ป่วยการดูแลระยะกลาง (ผู้ป่วยใน) และโปรแกรมดูแลที่บ้าน หากหลัง 6 เดือน มีคะแนน BI < 75: การดูแลระยะยาว	เมื่อพ้นระยะวิกฤติส่งต่อโรงพยาบาลน้ำพองและประเมินคะแนน BI ประเมินก่อนจำหน่าย: 1 ครั้ง โปรแกรมดูแลที่บ้าน: ประเมินทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2 (มี.ค. 2562)	**1. โรงพยาบาลขอนแก่น**	1) ประเมิน BI ก่อนส่งต่อ							10	16	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
				2. โรงพยาบาลน้ำพอง	1) ประเมิน BI ในผู้ป่วย 89 ราย ภายหลังการฟื้นฟูในชุมชน	ADL 100: 17 ราย	ADL 75-95: 43 ราย	ADL 50-74: 24 ราย	ADL < 50: 5 ราย	ปีงบประมาณ 2561 (ต.ค. 2560 - ก.ย. 2561)	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2	12	17	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมิน BI ของผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาล	ADL เพิ่มขึ้น: 50%	ADL เท่าเดิม: 50% ADL > 75: 31.25% ADL < 75: 18.75%			ปีงบประมาณ 2561	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2				
					3) ประเมิน BI ในผู้ป่วยส่งต่อ 48 ราย จากโรงพยาบาลอื่น	ADL เพิ่ม: 29 ราย (60.41%)	ADL เท่าเดิม = 19 ราย (41.86%) ADL > 75: 10 ราย (20.83%) ADL < 75: 11 ราย (22.92%)			ต.ค. 2560 - มี.ค. 2561	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2				
					4) ประเมิน BI ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 57 ราย ในชุมชนน้ำพอง (หลังโปรแกรมฟื้นฟู)	ADL < 75: 25 ราย (47.86%)	ADL: ≥ 75: 32 ราย (56.14%)			ต.ค. – ธ.ค. 2560	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2				
					5) ผู้ป่วยที่มี ADL เพิ่มขึ้น (ติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน)	ADL 75-100: 84 ราย (87.5%)	ADL 50-70: 11 ราย (11.45%)			ไตรมาสที่ 1	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1				
					6) ผู้ป่วยที่มี ADL เพิ่มขึ้น (ติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน)	ADL 75-100: 125 ราย (84.46%)	ADL 50-70: 14 ราย (9.45%)			ปีงบประมาณ 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2 สรุปประชุมคณะทำงาน (1-2563)				
				3. รพ.สต. บ้านคำบง	1) ประเมิน BI ของผู้ป่วยที่รับบริการการดูแลระยะกลาง จนครบ 6 เดือน โดยทีมหมอครอบครัว	ผู้ป่วยร้อยละ 100 (3 ราย) BI เพิ่มขึ้น				ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2				
				4 รพ.สต. สะอาด	1) ประเมิน BI ของผู้ป่วยที่รับบริการการดูแลระยะกลาง จนครบ 6 เดือน	ผู้ป่วยร้อยละ 100 (3 ราย) BI เพิ่มขึ้น				ไตรมาสที่ 1	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1				
					2) ประเมิน BI ของผู้ป่วยที่รับบริการการดูแลระยะกลาง จนครบ 6 เดือน	ผู้ป่วยร้อยละ 100 (6 ราย) BI เพิ่มขึ้น				ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				

จังหวัด	ข้อมูล/การปฏิบัติทั่วไป			โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	การประเมิน	ผลการประเมิน				ระยะเวลา	ที่มา	Barthel index (โดยเฉลี่ย)		ระยะเวลา	ที่มา
	เกณฑ์ประเมิน	ขั้นของผู้ป่วยและความถี่	ที่มา									ก่อนให้บริการการดูแลระยะกลาง	หลังให้บริการการดูแลระยะกลาง		
				5. โรงพยาบาลขอนแก่น 2	1) ประเมิน BI ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 20 ราย และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง 2 ราย (จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 28 ราย บาดเจ็บทางไขสันหลัง 2 ราย และบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง 1 ราย)	BI 100: 13 ราย	BI 75-79: 4 ราย	BI 50-70: 1 ราย BI 25-45: 1 ราย	BI 0-20: 1 ราย (โรคหลอดเลือดสมอง) BI 0-20: 2 ราย (บาดเจ็บทางไขสันหลัง)	ต.ค. 2561 - ก.ค. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1				
					2) ประเมิน BI ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 ราย	BI 100: 2 ราย	BI 75-95: 2 ราย	BI 25-45: 1 ราย		ส.ค. - ต.ค. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
					3) ประเมิน BI ของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์เข้ารับการดูแลระยะกลาง แต่ปฏิเสธที่จะรับบริการการดูแลระยะกลาง	ADL คงที่ที่ 75: 1 ราย	ADL ลดลงจาก 75 เหลือ 45: 1 ราย			ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
					4) ประเมินผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งได้รับบริการการดูแลระยะกลางตั้งแต่ไตรมาสที่ 1	ADL เพิ่มขึ้นจาก 55 (ไตรมาสที่ 1) เป็น 75 (ไตรมาสที่ 2)				ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
				6. รพ.สต. โคกสี	1) ประเมิน BI ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ราย	BI 100: 2 ราย	BI 75-95: 1 ราย			ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
				7. รพ.สต. หนองตูม	1) ประเมิน BI ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย	BI 75: 1 ราย	BI 45: 1 ราย			เมื่อรับผู้ป่วย	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
สุราษฎร์ธานี	BI ≥ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: โปรแกรมดูแลที่บ้าน BI < 15 or BI ≥ 15 และมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป : ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หลังการรักษา BI = 20: จำหน่ายออก BI 11-19: ทีมฟื้นฟู BI < 11: การดูแลระยะยาว	ประเมิน BI ทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 2	**1. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี**	N/A							ผู้ป่วยใน: 6.22	ผู้ป่วยใน: 10.82	ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3
				2. โรงพยาบาลบ้านนาเดิม	1) ประเมินผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลตามแผน/เป้าหมายการดูแล	ผู้ป่วยร้อยละ 95.56 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น				ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2	ผู้ป่วยใน: 11.32 ผู้ป่วยนอก: 18.4 เยี่ยมบ้าน: 7.67	ผู้ป่วยใน: 16.96 ผู้ป่วยนอก: 20 เยี่ยมบ้าน: 14.09	ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3
					2) ประเมินผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลตามแผน/เป้าหมายการดูแล	ผู้ป่วยร้อยละ 90.48 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น				ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
					3) ประเมิน BI ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ศูนย์ดูแลตอนกลางวันในอำเภอบ้านนาเดิม 2 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น เพราะคะแนน BI แรกเริ่มของผู้ป่วยทั้งหมดคือ 85 (1 ราย) และ 100 (4 ราย)				2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3				

จังหวัด	ข้อมูล/การปฏิบัติทั่วไป			โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	การประเมิน	ผลการประเมิน				ระยะเวลา	ที่มา	Barthel index (โดยเฉลี่ย)		ระยะเวลา	ที่มา
	เกณฑ์ประเมิน	ขั้นของผู้ป่วยและความถี่	ที่มา									ก่อนให้บริการการดูแลระยะกลาง	หลังให้บริการการดูแลระยะกลาง		
นนทบุรี	ภายหลัง: ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชน: BI 20: จำหน่ายออก BI 11-19: ติดตามโดยทีมฟื้นฟู BI < 11: การดูแลระยะยาว (ดูแลทางสุขภาพและดูแลทางสังคม)	ประเมิน BI/ADL ทุกเดือน จนครบ 6 เดือน	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2	**1. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า**	1) ประเมิน BI หลังจากติดตามเป็นเวลา 6 เดือน	ผู้ป่วยร้อยละ 83 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น				ไตรมาสที่ 1	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1	5	17	ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมิน BI หลังจากติดตามเป็นเวลา 6 เดือน	ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น				ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
				2. โรงพยาบาลบางบัวทอง 2	N/A							10	13	ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
				3. รพ.สต. โรงกระโจม	N/A										
				4. โรงพยาบาลบางกรวย	N/A							10	18	ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
นครราชสีมา	BI < 75 หรือมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกหรือในชุมชน (ฟื้นฟูโดยคลินิกหมอครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน) BI ≥ 75 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: จำหน่ายออก –> เยี่ยมบ้านโดยคลินิกหมอครอบครัวหรือติดตาม หลัง 6 เดือน BI 100 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: จำหน่ายออก BI 55-95 หรือมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: ติดตามโดยนักกายภาพบำบัด BI < 55: การดูแลระยะยาว	- ประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกเข้าโรงพยาบาล - ประเมิน BI ทุกเดือน จนครบ 6 เดือน หรือคะแนน BI = 100 โดยพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2 และ การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3	**เครือข่ายเมืองย่า 4 หัวทะเล ทั้งหมด**	1) ประเมิน BI ของผู้ป่วย 19 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 94.74 (18 ราย) มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยร้อยละ 5.26 (1 ราย) มีคะแนน BI คงที่ เพราะมีอาการข้อยึด	ผู้ป่วยร้อยละ 38.89 (7 ราย) มีคะแนน BI = 100 ภายใน 3 เดือน		ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3	48.94	82.37	ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
				1. ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ	1) ประเมิน BI ของผู้ป่วย 12 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 83.3 (10 ราย) มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	ผู้ป่วยร้อยละ 16.6 (2 ราย) มีคะแนน BI คงที่	ผู้ป่วยร้อยละ 8.3 (1 ราย) เสียชีวิต		ไตรมาสที่ 1	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				

จังหวัด	ข้อมูล/การปฏิบัติทั่วไป			โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	การประเมิน	ผลการประเมิน				ระยะเวลา	ที่มา	Barthel index (โดยเฉลี่ย)		ระยะเวลา	ที่มา
	เกณฑ์ประเมิน	ขั้นของผู้ป่วยและความถี่	ที่มา									ก่อนให้บริการการดูแลระยะกลาง	หลังให้บริการการดูแลระยะกลาง		
ภูเก็ต	BI < 15 หรือ BI ≥ 15 และมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: โปรแกรมการดูแลระยะกลาง --> โปรแกรมฟื้นฟู --> จำหน่ายออก –> ผู้ป่วยในหรือ ผู้ป่วยนอก หรือเยี่ยมบ้าน หลังจาก 6 เดือน หากคะแนน BI < 11: การดูแลระยะยาว BI = 11- 19: ติดตาม BI = 20: จำหน่ายออก BI ≥ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: ถ้าอายุ < 60: โปรแกรมการดูแลที่บ้าน --> จำหน่ายออก ถ้าอายุ ≥ 60: ศูนย์ดูแล	ประเมินคะแนน BI ทุกเดือน จนครบ 6 เดือน หรือ คะแนน BI = 20	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3	**1. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต**	1) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วย 83 ราย ที่ได้รับการฟื้นฟูและติดตาม จนครบ 6 เดือน	ผู้ป่วยร้อยละ 96.39 (80/83 ราย) มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น				ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2	5.84	17.62	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วย 83 ราย ที่ได้รับการฟื้นฟู 3-6 เดือน	ฟื้นฟูในรูปแบบผู้ป่วยใน: BI เพิ่มขึ้น 100%	ฟื้นฟูในรูปแบบผู้ป่วยนอก: BI เพิ่มขึ้น 100%	ฟื้นฟูในชุมชน: BI เพิ่มขึ้น: 70.59% BI คงที่: 8.24% BI ลดลง: 5.88% ไม่มีผล: 15.29%		ก.ย. - ธ.ค. 2561	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3 (เอกสารนำเสนอหน้าที่ 15)				
				2. โรงพยาบาลป่าตอง	1) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วย 20 ราย (จาก 36 ราย)	BI 20: 10 ราย	BI 11-19: 7 ราย	BI < 11: 3 ราย		ต.ค. 2561 - มิ.ย. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1	11	17.5	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วย 22 ราย (จาก 38 ราย)	BI 20: 10 ราย (25.64%)	BI 11-19: 8 ราย (20.51%)	BI < 11: 4 ราย (20.26%)		ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
				3. โรงพยาบาลถลาง	1) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วย 27 ราย	BI 20: 7 ราย	BI 11-19: 8 ราย	BI < 11: 12 ราย		ต.ค. 2561 - ม.ค. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1	7	12	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วย 39 ราย	BI 20: 10 ราย	BI 11-19: 9 ราย	BI < 11: 20 ราย		ต.ค. 2561 - มี.ค. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
				4. รพ.สต. เกาะแก้ว	N/A							8.6	18.16	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3

จังหวัด	ข้อมูล/การปฏิบัติทั่วไป			โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	การประเมิน	ผลการประเมิน	ระยะเวลา	ที่มา	Barthel index (โดยเฉลี่ย)		ระยะเวลา	ที่มา
	เกณฑ์ประเมิน	ขั้นของผู้ป่วยและความถี่	ที่มา						ก่อนให้บริการการดูแลระยะกลาง	หลังให้บริการการดูแลระยะกลาง		
ชลบุรี	BI < 15 or BI ≥ 15 และมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกหรือในชุมชน (ฟื้นฟูโดยคลินิกหมอครอบครัวและเยี่ยมบ้าน) BI ≥ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป: จำหน่ายออกและติดตาม **หลังจาก 6 เดือน** BI 20: จำหน่ายออก BI 11-19: ติดตามโดยทีมฟื้นฟู BI < 11: การดูแลระยะยาว	ประเมิน BI เมื่อพ้นระยะวิกฤติและทุกเดือนจนครบ 6 เดือน หรือ คะแนน BI = 20	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 2	**1. โรงพยาบาลชลบุรี**	1) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน 82 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 74.3 (61/82 ราย) มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	หลังฟื้นฟู 6 เดือน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2	6.8	14.0	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน	ผู้ป่วยร้อยละ 73.6 (14/19 ราย) มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	หลังฟื้นฟู 6 เดือน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
				2. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	1) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ถึง 1 ปี	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 33.83 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	ไตรมาสที่ 1	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1	9.83	12.83	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 6 เดือน	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 90 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	ไตรมาสที่ 2	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
				3. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	1) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน หรือ คะแนน BI = 20 5 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 100 มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	2561	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2	7.5	13.4	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน หรือ คะแนน BI = 20 26 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 92 (24/26 ราย) มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				
				4. โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10	1) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน หรือ คะแนน BI = 100 14 ราย	ผู้ป่วย 13 ราย มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น / ผู้ป่วย 1 ราย มีคะแนน BI คงที่	ต.ค. 2561 - ม.ค. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2	12.6	16.87	2562	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
					2) ประเมินคะแนน BI ของผู้ป่วย 35 ราย	ผู้ป่วยร้อยละ 85.71 (30/35 ราย) มีคะแนน BI เพิ่มขึ้น	ต.ค. 2561 - เม.ย. 2562	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2				

ตารางที่ 3.7 แนวปฏิบัติในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
1	กรุงเทพมหานคร	1.โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	1) โครงการ 1 ชุมชน 1 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นโครงการดูแลที่บ้านของชุมชน โดยโรงพยาบาลสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ ชุมชนสนับสนุนเรื่องการจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุและพื้นที่โครงการ ศูนย์บริการสาธารณสุขสนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ไตรมาสที่ 1 และ 2	ร้อยละความสำเร็จของโครงการเท่ากับร้อยละ 100 ในปีงบประมาณ 2562	ร้อยละความสำเร็จของโครงการเท่ากับร้อยละ 100 ในปีงบประมาณ 2562	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมฟื้นฟู	N/A	N/A	N/A	N/A	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 2
2	เชียงใหม่	1. โรงพยาบาลนครพิงค์	1) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และลงนามในหนังสือให้ความยินยอมก่อนส่งต่อ	ไตรมาสที่ 1	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และลงนามในหนังสือให้ความยินยอมก่อนส่งต่อ	ไตรมาสที่ 2	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทุกรายมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (ประชุมสมาชิกในครอบครัว) ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสารภี	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทุกรายเข้าร่วมประชุมสมาชิกในครอบครัว ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสารภีหรือโรงพยาบาลอื่น	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	1) สอนสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้ได้รับความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจในการพยาบาลและการบำบัดฟื้นฟู เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นใจทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน	ไตรมาสที่ 1	สอนสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลโดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ	สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้ได้รับความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา	ไตรมาสที่ 1	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาและตั้งเป้าหมาย การดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะ 6 เดือน รวมทั้งการวางแผนการดูแลรายบุคคลและการบันทึกติดตามผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับการวางแผนการฟื้นฟู	ความพึงพอใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในระบบการรักษาฟื้นฟูและโปรแกรมติดตาม	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			3) สอนสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้ได้รับความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจในการพยาบาลและการบำบัดฟื้นฟูเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นใจ ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน	ไตรมาสที่ 2	สอนสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลร้อยละ 90 ได้รับการฝึกอบรม	สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลร้อยละ 80 ได้รับการฝึกอบรม	การพัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงบริการ	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			4) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา	ไตรมาสที่ 2	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 100 มีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาและตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมฟื้นฟู โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล สมุดบันทึกสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง และการเยี่ยมตรวจ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในปี 2562: แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 89.09 แผนกฟื้นฟู ร้อยละ 88.76	- ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 100 มีส่วนร่วมตัดสินใจ - ความพึงพอใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว > ร้อยละ 80	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
		3. รพ.สต. ยางเนิ้ง	1) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินในการวางแผนฟื้นฟูภายใต้การกำกับดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	ไตรมาสที่ 1	เริ่มใช้แผนฟื้นฟู	N/A	การจัดประชุมสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินในการวางแผนฟื้นฟูภายใต้การกำกับดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	ไตรมาสที่ 2	ลงเยี่ยมบ้าน โดยนักกายภาพบบัด เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน	การจัดประชุมสมาชิกในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยใช้แนวปฏิบัติเวชศาสตร์ครอบครัว	การจัดประชุมสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		4. รพ.สต. ท่ากว้าง	1) การจัดทำแผนการดูแล เป้าหมาย และกิจกรรมการพยาบาลดูแลระหว่างพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 1	ติดตามการพยาบาลดูแลและการบำบัดฟื้นฟู ตามแผนการดูแล	ADL ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 4 เป็น 7 ภายใน 5 เดือน	การจัดประชุมสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) N/A	ไตรมาสที่ 1	ใช้กลุ่ม Line สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสารเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย และจัดทำวิดีโอนักกายภาพบำบัด (ซึ่งจัดทำโดยทีม) ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว	ทบทวนวิธีการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ดูแลทุกเดือน	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
3	ขอนแก่น	1. โรงพยาบาลขอนแก่น	1) เปิดรับตำแหน่งผู้ดูแลผู้สูงอายุและประเมินความรู้ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลที่เหมาะสม	ไตรมาสที่ 1 และ 2	มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ดูแลมีความก้าวหน้า สามารถดูแลผู้ป่วยได้	มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีความก้าวหน้า สามารถดูแลผู้ป่วยได้	การพัฒนาคู่มือโปรแกรมดูแลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างน้อย 1 กลุ่มโรค	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลน้ำพอง	1) N/A	ไตรมาสที่ 1	การเตรียมตัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วย โดยการสอนผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น การเปลี่ยนท่านั่ง/นอน การทำแผล การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) การตัดสินใจในการตั้งเป้าหมายและวางแผน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว	ไตรมาสที่ 1	- ประชุมทีม ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาว โดยบูรณาการแนวคิด ICF - ประชุมทีม 13 ครั้ง (ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2562)	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
			3) การเตรียมความพร้อมด้านการดูแลให้กับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และประเมินความรู้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 1	พยาบาลผู้จัดการรายกรณีวางแผนสำหรับการฝึกอบรม จากนั้นฝึกอบรมด้านการดูแลและการฟื้นฟู โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ) จากนั้น ประเมินผลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			4) การส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน	ไตรมาสที่ 2	ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การฝึกอบรมการฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว - นักกายภาพบำบัด: จัดทำคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการฝึกยืนและเดิน - พยาบาล: ให้ข้อมูลและคำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ	N/A	การปรับปรุงการฝึกอบรมทางวิชาการด้านการบำบัดฟื้นฟูและการดูแลในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		3. รพ.สต. บ้านคำบง	1) ลงเยี่ยมผู้ป่วยระยะกลาง ตามแผนการดูแล โดยทีมหมอครอบครัว	ไตรมาสที่ 1 และ 2	การหารือระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย/สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายและการดำเนินการ เพื่อดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) วางแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์	ไตรมาสที่ 1	การดูแลที่ไร้รอยต่อในชุมชน โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผ่านการฝึกอบรมจากโรงพยาบาลน้ำพองหรือโรงพยาบาลศูนย์ และการพัฒนาเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			3) ฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัว เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการทำกายภาพบำบัด	ไตรมาสที่ 1	- ฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการทำกายภาพบำบัด - ทีมแพทย์ครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงและประเมินผล	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			4) ติดตามการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	ไตรมาสที่ 2	เป็นพี่เลี้ยงในการติดตามและประเมินทักษะของสมาชิกในครอบครัวในการให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการทำกายภาพบำบัด	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		4. รพ.สต. สะอาด	1) เยี่ยมผู้ป่วยระยะกลาง ติดตามแผนการดูแล โดยทีมหมอครอบครัว	ไตรมาสที่ 1 และ2	การหารือระหว่างทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วย/ สมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับเป้าหมายและการดำเนินการ เพื่อดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแล	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) วางแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์	ไตรมาสที่ 1	การดูแลที่ไร้รอยต่อในชุมชน โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผ่านการฝึกอบรมจากโรงพยาบาลน้ำพองหรือโรงพยาบาลศูนย์ และการพัฒนาเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			3) ฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัว เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการทำกายภาพบำบัด	ไตรมาสที่ 1	- ฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการทำกายภาพบำบัด - ทีมแพทย์ครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงและประเมินผล	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			4) ติดตามการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	ไตรมาสที่ 2	เป็นพี่เลี้ยงในการติดตามและประเมินทักษะของสมาชิกในครอบครัวในการให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการทำกายภาพบำบัด	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
		5. โรงพยาบาลขอนแก่น 2	1) สนับสนุนผู้ดูแลและประเมินความรู้ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง	ไตรมาสที่ 1 และ2	ผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 100 สามารถดูแลผู้ป่วยได้	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) สนับสนุนผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในโปรแกรมฟื้นฟู ตั้งเป้าหมาย วางแผนการฟื้นฟูเป็นเวลา 6 เดือน รวมถึงการรับส่งผู้ป่วยเพื่อรับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลขอนแก่น 2 อย่างน้อย 2 ครั้ง/ สัปดาห์ (3 ชม./ ครั้ง)	ไตรมาสที่ 1 และ2	สมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าร่วมในโปรแกรมฟื้นฟูและมีการจัดการรับส่งผู้ป่วย	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 50 สามารถพาผู้สูงอายุมาส่งที่โรงพยาบาลได้ อย่างน้อย 2 ครั้ง/ สัปดาห์	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		6. รพ.สต. โคกสี	1) สนับสนุนผู้ดูแลและประเมินความรู้ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง	ไตรมาสที่ 1 และ2	- สนับสนุนผู้ดูแลทุกคน และประเมินความรู้ของสมาชิกในครอบครัวทุกคน - ผู้ดูแล ≥ ร้อยละ 86.67 (ในไตรมาสที่ 1) และร้อยละ 100 (ในไตรมาสที่ 2) สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง	มีผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย ≥ ร้อยละ 80	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) สนับสนุนผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟู	ไตรมาสที่ 1 และ 2	สนับสนุนผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูได้อย่างต่อเนื่อง	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			3) ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรมผู้ดูแลด้านการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ไตรมาสที่ 1 และ2	สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีความรู้เรื่องการฟื้นฟูและไม่พบปัญหาภาวะแทรกซ้อนใด ๆ	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		7. รพ.สต. หนองตูม	1) สนับสนุนผู้ดูแลและประเมินความรู้ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง	ไตรมาสที่ 1 และ 2	- สนับสนุนผู้ดูแลทุกคน และประเมินความรู้ของสมาชิกในครอบครัวทุกคน - ผู้ดูแล ≥ ร้อยละ 80 (ในไตรมาสที่ 1) และร้อยละ 100 (ในไตรมาสที่ 2) สามารถดูแลผู้ป่วยได้	มีผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย ≥ ร้อยละ 80	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) สนับสนุนผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟู	ไตรมาสที่ 1 และ 2	สนับสนุนผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูได้อย่างต่อเนื่อง	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			3) ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรมผู้ดูแลด้านการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ไตรมาสที่ 1 และ2	สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีความรู้เรื่องการฟื้นฟูและไม่พบปัญหาภาวะแทรกซ้อนใด ๆ	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
4	สุราษฎร์ธานี	1. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	1) กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว	ไตรมาสที่ 1	- ฝึกอบรมผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บทางไขสันหลังและสมาชิกในครอบครัว โดยเน้นความไม่พึ่งพิงของผู้ป่วย - คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น	ระดับความไม่พึ่งพิงและคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น	การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) การประชุมร่วมกัน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 2	- จัดให้มีการประชุมระหว่างทีมเยี่ยมบ้าน (แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด) เกี่ยวกับวิธีการบำบัดและการปรับสภาพแวดล้อมบ้านของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูในชุมชน - มีการประชุมปรึกษารายกรณี 30 ราย	- ผู้ป่วยในที่รับการฟื้นฟูระยะกลางและสมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับการประชุมทีมก่อนจำหน่ายออก - ผู้ป่วยนอกที่รับการฟื้นฟูระยะกลาง ร้อยละ 70 ได้รับการประชุมทีม	จะต้องมีการประชุมทีมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยระยะกลาง (ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) และสมาชิกในครอบครัว	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลบ้านนาเดิม	1) การวางแผนการจำหน่าย และการจัดการรายกรณีที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	ไตรมาสที่ 1 และ 2	ผู้ป่วยร้อยละ 18.36 (ไตรมาสที่ 2) ได้รับการประชุมสมาชิกในครอบครัว (การประชุมระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องและสมาชิกในครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว การวางแผนการฟื้นฟู และการวางแผนการจำหน่าย)	ผู้ป่วยร้อยละ 100 ได้รับการประชุมสมาชิกในครอบครัว	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยการสอนและฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในตำบลบ้านนาเดิม มีการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดท่าทางและการเปลี่ยนท่า การแต่งกาย และการช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรต่าง ๆ	ไตรมาสที่ 1 และ 2	- เพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่สมาชิกในครอบครัวด้านการดูแลและฟื้นฟู ก่อนกลับบ้าน - ในไตรมาสที่ 2 สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 95.92 ได้รับความรู้ในการดูแลและฟื้นฟู	สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 80 ได้รับความรู้ในการดูแลและฟื้นฟู	ทักษะการประเมินของสมาชิกในครอบครัว หลังจากได้รับความรู้ก่อนกลับบ้าน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		3. รพสต. บ้านห้วยใหญ่	1) การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 1 และ 2	- พัฒนาความรู้และทักษะของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลและฟื้นฟู ก่อนกลับบ้าน - ในไตรมาสที่ 2 สมาชิกในครอบครัว 71.43% (5/7) ได้รับความรู้ในการดูแลและฟื้นฟู	สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 80 ได้รับความรู้ในการดูแลและฟื้นฟู	- พัฒนาการของผู้ป่วยต้นแบบและการติดตามโดยการเสริมพลังใจ - ทักษะการประเมินของสมาชิกในครอบครัว หลังจากได้รับความรู้ก่อนกลับบ้าน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) การประชุมสมาชิกในครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายวางแผนการฟื้นฟู และวางแผนการจำหน่าย	ไตรมาสที่ 2	ผู้ป่วยร้อยละ 28.57 (2/7) เข้าร่วมประชุมสมาชิกในครอบครัว	ผู้ป่วยระยะกลาง ร้อยละ 100 เข้าร่วมประชุมสมาชิกในครอบครัว	รพ.สต. จัดประชุมสมาชิกในครอบครัว เพื่อกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
5	นนทบุรี	1. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	1) สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 1 และ 2	- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยและการบำบัดฟื้นฟูแก่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนจำหน่ายออก - สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ป่วย ร้อยละ 100 (ในไตรมาสที่ 1) และร้อยละ 98.67 (ในไตรมาสที่ 2) ได้รับคำแนะนำสำหรับโปรแกรมการดูแลที่บ้านก่อนจำหน่ายออก - สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 96.42 (ในไตรมาสที่ 1) และร้อยละ 97.35 (ในไตรมาสที่ 2) มีความถึงพอใจในคำแนะนำสำหรับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน	- สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ป่วย ร้อยละ 100 ได้รับคำแนะนำสำหรับโปรแกรมการดูแลที่บ้านก่อนจำหน่ายออก - สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 80 มีความพึงพอใจในคำแนะนำสำหรับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน	การวางแผนร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการรักษาผู้ป่วย	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลบางบัวทอง 2	1) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล ได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	ไตรมาสที่ 1 และ2	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล ร้อยละ 90 ได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล ร้อยละ 100 ได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน	ติดตามสมาชิกในครอบครัวทางโทรศัพท์หรือในรูปแบบผู้ป่วยนอกหรือเยี่ยมบ้านเพื่อสอนเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล	ไตรมาสที่ 1 และ2	มีแผนที่จะดำเนินการในเดือน ต.ค. 2562	ความรู้และศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล เพิ่มขึ้น	จัดอบรมเชิงปฏิบัติการตามแผน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		3. รพ.สต. โรงกระโจม	1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ใน รพ.สต. ชุมชน และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพ	ไตรมาสที่ 1 และ2	- กิจกรรมในชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสร้างสุข และคลินิก ใน รพ.สต. เพื่อให้ผู้สูงอายุและคนในครอบครัวมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ - ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุอย่างกระตือรือร้นหลังจากได้รับการฟื้นฟูที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ	ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 80 มีความพึงพอใจกับกิจกรรมที่จัดขึ้น	- ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมีความสุข - สนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		4.โรงพยาบาลบางกรวย	1) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล ได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	ไตรมาสที่ 1 และ 2	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล ร้อยละ 90 ได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล ร้อยละ 100 ได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน	ติดตามสมาชิกในครอบครัวทางโทรศัพท์ หรือ ในรูปแบบผู้ป่วยนอก หรือเยี่ยมบ้าน เพื่อสอนเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล	ไตรมาสที่ 1 และ 2	จะดำเนินการในเดือน ส.ค. 2562	ความรู้และศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล เพิ่มขึ้น	จัดอบรมเชิงปฏิบัติการตามแผน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
		5. รพ.สต. บางสีทอง	1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ใน รพ.สต. ชุมชน และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพ	ไตรมาสที่ 1 และ2	- กิจกรรมในชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมสร้างสุข และคลินิก ใน รพ.สต. เพื่อให้ผู้สูงอายุและคนในครอบครัวมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ - ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุอย่างกระตือรือร้นหลังจากได้รับการฟื้นฟูที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตฯ	ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 80 มีความพึงพอใจกับกิจกรรมที่จัดขึ้น	- ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมีความสุข	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
6	นครราชสีมา	1. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	1) ประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 1	ยังไม่ได้ดำเนินการ	N/A	ประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ในเครือข่ายปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 2	การเตรียมพร้อมดูแลผู้ป่วยระยะกลางก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเตรียมความรู้ของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	N/A	ประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออก	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลหัวทะเล	1) การให้ข้อมูลและความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว	ไตรมาสที่ 1	- ฝึกอบรมการป้องกันโรคแทรกซ้อน - เพิ่มความตระหนักของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เห็นความสำคัญของการฝึกอบรมและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - การหารือ การให้ข้อมูล และการเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยให้ความสำคัญกับข้อมูลของโรคหลอดเลือดสมอง โอกาสในการเกิดซ้ำ การออกกำลังกาย และอาการที่ผู้ป่วยควรรีบพบแพทย์โดยด่วน	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายออก ลดลง	ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/สมาชิกในครอบครัวทุกคน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) แผนจำหน่ายออก	ไตรมาสที่ 2	- การหารือ การให้ข้อมูล และการเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว - การจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อวางแผนและจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย/ สมาชิกในครอบครัวที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับความสามารถและความรู้ของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายออก ลดลง	- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/สมาชิกในครอบครัวทุกคน - วางแผนพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสม	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
		3. ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวทะเล	1) ประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 1	หารือกับสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล และสอนสมาชิกในครอบครัวเพื่อบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย	สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย ร้อยละ 80 มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลและฟื้นฟู	ประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 2	- หารือกับสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายการดูแล และสอนสมาชิกในครอบครัวเพื่อบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย - ระหว่าง ม.ค. - ต.ค. 2562 สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยทุกคน มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการดูแลและฟื้นฟู	สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย ร้อยละ 80 มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลและฟื้นฟู	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			3) อาสาสมัครในชุมชนดำเนินการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเยี่ยมบ้าน และสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน	ไตรมาสที่ 2	- จัดประชุมอาสาสมัครในชุมชนเกี่ยวกับวิธีการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางและการฟื้นฟูด้วยนวัตกรรม - ความมุ่งมั่นของชุมชนในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย 4 ราย ในขณะที่ผู้ป่วย 2 รายได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย ร้อยละ 80 มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแลและฟื้นฟู	จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับอาสาสมัครในชุมชน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		4. ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ	1) N/A	ไตรมาสที่ 1	- สอนและแนะนำผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน	สมาชิกในครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	- การประเมินศักยภาพความไม่พึ่งพิงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว - การประเมินความเป็นไปได้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) อาสาสมัครในชุมชนดำเนินการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเยี่ยมบ้าน และสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน	ไตรมาสที่ 2	จัดการประชุมอาสาสมัครในชุมชนเกี่ยวกับวิธีการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และการฟื้นฟูด้วยนวัตกรรม	N/A	จัดอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางให้กับอาสาสมัครในชุมชน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
7	ภูเก็ต	1. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	1) จัดทำสื่อเพื่อการบำบัดฟื้นฟูให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกผู้ป่วยที่บ้าน	ไตรมาสที่ 1	จัดทำสื่อการออกกำลังกายสำหรับการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการแก้ไขพูด	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวใช้สื่อเพื่อการฟื้นฟูได้อย่างถูกต้อง	การเลือกสื่อบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สื่อกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	ไตรมาสที่ 2	ประชุมทีมเพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทุกวันอังคาร เวลา 14.30 น. (กิจกรรมนี้ เริ่มตั้งแต่วันที่ 30 ส.ค. 2562)	ผู้ป่วยระยะกลาง ร้อยละ 80 บรรลุเป้าหมาย	การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางที่บรรลุเป้าหมาย	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2 การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
			3) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับคำแนะนำในการทำกายภาพบำบัดก่อนจำหน่ายออกและสามารถปฏิบัติตามที่บ้านได้	ไตรมาสที่ 2	- ให้คำแนะนำทางการแพทย์เกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวและการประเมินผลการดำเนินการก่อนจำหน่ายออก - ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ได้รับคำแนะนำการบำบัดฟื้นฟูก่อนจำหน่ายออกและสามารถทำตามที่บ้านได้	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับคำแนะนำการบำบัดฟื้นฟูก่อนจำหน่ายสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่บ้านได้	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลป่าตอง	1) จัดทำสื่อเพื่อการบำบัดฟื้นฟูให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกผู้ป่วยที่บ้าน	ไตรมาสที่ 1	จัดทำสื่อการออกกำลังกายสำหรับการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการแก้ไขพูด	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวใช้สื่อเพื่อการฟื้นฟูได้อย่างถูกต้อง	การเลือกสื่อบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สื่อกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	ไตรมาสที่ 2	ประชุมทีมเพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 100 สามารถปฏิบัติตามแผนได้อย่างถูกต้องและดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อใช้ในการปรับปรุง	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			3) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับการสอนท่าออกกำลังกาย ก่อนจำหน่าย และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะประเมินสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับหัวข้อการเรียนรู้ก่อนจำหน่ายด้วย	ไตรมาสที่ 2	- สอนท่าออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว - ผู้ป่วย/ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 100 ผ่านการประเมิน	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		3. โรงพยาบาลถลาง	1) จัดทำสื่อเพื่อการบำบัดฟื้นฟูให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกผู้ป่วยที่บ้าน	ไตรมาสที่ 1 และ 2	จัดทำสื่อการออกกำลังกายสำหรับการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการแก้ไขพูด	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวใช้สื่อเพื่อการฟื้นฟูได้อย่างถูกต้อง	การเลือกสื่อบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สื่อกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	ไตรมาสที่ 2	- ยังไม่มีการประชุม เนื่องจากยังไม่มีผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน ระหว่าง ก.ค. - ก.ย. - สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยรับการดูแลที่บ้าน นักกายภาพบำบัดรวมทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทุกคนจะร่วมกันตั้งเป้าหมายการฟื้นฟู	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			3) ผู้ป่วยในและสมาชิกในครอบครัวได้รับการสอนท่าออกกำลังกายก่อนจำหน่ายออกเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยดูแลที่บ้านทุกครั้ง เมื่อพบนักกายภาพบำบัด และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้	ไตรมาสที่ 2	- สอนท่าออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว - ผู้ป่วย/ สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 100 ผ่านการประเมิน	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/ สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
		4. รพ.สต. เกาะแก้ว	1) จัดทำสื่อเพื่อการบำบัดฟื้นฟูให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกผู้ป่วยที่บ้าน	ไตรมาสที่ 1	อยู่ระหว่างการจัดทำสื่อการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการบำบัดการพูด	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวใช้สื่อเพื่อการฟื้นฟูได้อย่างถูกต้อง	การเลือกสื่อบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สื่อกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์ดูแลตอนกลางวัน	ไตรมาสที่ 1	N/A	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			3) จัดโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ไตรมาสที่ 2	- จัดอบรมผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ดูแล ให้รู้จักวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ลดการเจ็บป่วย ป้องกันและแก้ไขปัญหา ผู้ป่วย/สมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค การเกิดโรคซ้ำ และให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย การบำบัดฟื้นฟู และการป้องกัน - ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง	ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
8	ชลบุรี	1. โรงพยาบาลชลบุรี	1) N/A	ไตรมาสที่ 1 และ 2	- ประชุมทีมฟื้นฟูของผู้ป่วยนอกที่รับการฟื้นฟูระยะกลาง. - ผู้ป่วย ร้อยละ 80 ที่เข้าร่วมการประชุมทีม สามารถบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟู	ผู้ป่วย ร้อยละ 80 ที่เข้าร่วมการประชุมทีมสามารถบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟู	ประชุมทีมผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยรับการดูแลในชุมชนโดยทีมฟื้นฟูและทีมหมอครอบครัว	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) การพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน	ไตรมาสที่ 1 และ2	- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ/ ฝึกอบรมทักษะการบำบัดฟื้นฟูแก่ผู้ดูแล - ผู้ช่วยฟื้นฟู จำนวน 19 ราย ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. หนองไม้แดง และโรงพยาบาลเมือง	N/A	ผู้ช่วยฟื้นฟูใน รพ.สต.หนองไม้แดงและโรงพยาบาลเมืองมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			3) การจัดตั้งศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน	ไตรมาสที่ 1	ประสานงานกับสถานีอนามัยบ้านสวน/ รพ.สต. หนองไม้แดง เพื่อส่งมอบบริการการดูแลระยะกลางในชุมชน	พัฒนางานของหน่วยบริการเพื่อให้บริการการดูแลระยะกลางของสถานีอนามัยบ้านสวน หรือ รพ.สต. หนองไม้แดง	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			4) เพิ่มคุณภาพของงานโดยใช้แนวคิด ICF ระหว่างการประชุมทีม	ไตรมาสที่ 2	- เพิ่มคุณภาพงานการดูแลระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและการดูแลในชุมชน โดยใช้แนวคิด ICF ระหว่างการประชุมทีม 1-2 ครั้ง/ เดือน - ผู้ป่วย ร้อยละ 80 ที่เข้าร่วมการประชุมทีม สามารถบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟู	ผู้ป่วย ร้อยละ 80 ที่เข้าร่วมการประชุมทีมสามารถบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟู	ประชุมทีมผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยรับการดูแลในชุมชนโดยทีมฟื้นฟูและทีมหมอครอบครัว	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
			5) จัดตั้งศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน	ไตรมาสที่ 2	- ประสานงานกับสถานีอนามัยบ้านสวน/ รพ.สต. หนองไม้แดง เพื่อส่งมอบบริการการดูแลระยะกลางในชุมชน -ส่งมอบบริการการดูแลระยะกลางในชุมชน ร่วมกับ รพ.สต. บ้านสวน รพ.สต. หนองไม้แดง รพ.สต. แสนสุข รพ.สต. ห้วยกระปิ และ รพ.สต. เมือง - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 68 (35/51 ราย) ที่มี BI < 15 ได้รับการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ≥ ร้อยละ 60 ที่มี BI < 15 ได้รับการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน	จัดบริการการดูแลระยะกลางในชุมชน ร่วมกับ รพ.สต. ใน ต. เมือง จ. ชลบุรี 17 แห่ง	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	1) N/A	ไตรมาสที่ 1	ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 83.33 มีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ	ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 90 มีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) N/A	ไตรมาสที่ 2	ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 95 มีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ	ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 90 มีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			3) ผู้ป่วยในที่รับการดูแลระยะกลางมีผู้ดูแล อย่างน้อย 1 ราย ในการดูแลผู้ป่วยและฝึกทักษะที่จำเป็น ทีมที่รับผิดชอบจะกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูร่วมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล	ไตรมาสที่ 1 และ2	- ก่อนรับการฟื้นฟูในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแลจะกำหนดเป้าหมายของการเข้ารับการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ - ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล ร้อยละ 100 ได้กำหนดเป้าหมายของการเข้ารับการดูแล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล ร้อยละ 100 ได้กำหนดเป้าหมายของการเข้ารับการดูแล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		3. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	1) ฝึกอบรมทักษะการให้การดูแล	ไตรมาสที่ 1 และ 2	-ฝึกทักษะการดูแลให้กับสมาชิกในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนท่านอน 2 ชม. การทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะและสายให้อาหาร และการออกกำลังกาย ที่เหมาะกับผู้ป่วยที่บ้าน - ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผ่านการประเมินของทีมสหสาขาวิชาชีพ - สอนโปรแกรมการดูแลที่บ้านให้กับผู้ดูแลโดยนักกายภาพบำบัด (ในไตรมาสที่ 2)	- ผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม แผลติดเตียง ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ลดลง	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		4. รพ.สต. ห้วยใหญ่	1) ฝึกอบรมทักษะการให้การดูแล	ไตรมาสที่ 1 และ2	-ฝึกทักษะการดูแลให้กับสมาชิกในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนท่านอน 2 ชม. การทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะและสายให้อาหาร และการออกกำลังกาย ที่เหมาะกับผู้ป่วยที่บ้าน - ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผ่านการประเมินของทีมสหสาขาวิชาชีพ	- ผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม แผลติดเตียง ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ลดลง	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	แผนกิจกรรม	ระยะเวลา	ความคืบหน้าของการดำเนินกิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
		5. รพ.สต. ซากแง้ว	1) ฝึกอบรมทักษะการให้การดูแล	ไตรมาสที่ 1 และ2	- ฝึกทักษะการดูแลให้กับสมาชิกในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนท่านอน 2 ชม. การทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะและสายให้อาหาร และการออกกำลังกาย ที่เหมาะกับผู้ป่วยที่บ้าน - ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผ่านการประเมินของทีมสหสาขาวิชาชีพ	- ผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม แผลติดเตียง ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		6. โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10	1) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย โดย - เตรียมความพร้อมด้านความรู้ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยการสอนและสาธิตวิธีดูแลผู้ป่วย - มีข้อตกลงกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อดีของโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้าน - จัดทำแฟ้มปฐมนิเทศสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เมื่อเข้ารับบริการ เพื่อสร้างแรงจูงใจ	ไตรมาสที่ 1	N/A	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย โดย - เตรียมความพร้อมด้านความรู้ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยการสอนและสาธิตวิธีดูแลผู้ป่วย - มีข้อตกลงกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับข้อดีของโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้าน - จัดทำแฟ้มปฐมนิเทศสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เมื่อเข้ารับบริการ เพื่อสร้างแรงจูงใจ	ไตรมาสที่ 2	N/A	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		7. ศูนย์สุขภาพชุมชนพลูตาหลวง	1) การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย	ไตรมาสที่ 1 และ 2	- ฝึกทักษะการดูแลให้กับสมาชิกในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนท่านอน 2 ชม. การทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะและสายให้อาหาร และการออกกำลังกาย ที่เหมาะกับผู้ป่วยที่บ้าน - ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผ่านการประเมินของทีมสหสาขาวิชาชีพ	- ผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม แผลติดเตียง ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ลดลง	- พัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน (การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร) - จัดตั้งศูนย์ดูแลตอนกลางวันในชุมชน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2

ตารางที่ 3.8 แนวปฏิบัติในการทำงานแบบทีม

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/สถานบริการดูแลสุขภาพ	กิจกรรม/เครื่องมือ	ทีม (การดูแลระยะกลาง เยี่ยมบ้าน)	ระยะเวลา	ผล	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
1	กรุงเทพมหานคร	1. โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	1) ประชุมทีมเพื่อจัดทำแนวทางสำหรับโปรแกรมฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วย 13 ราย	นักกายภาพบำบัด	ไตรมาสที่ 1	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ประชุมทีมเพื่อจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพ	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			3) ใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแต่ละกลุ่มโรค ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง	นักกายภาพบำบัด	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 1: ผู้ป่วย 13 ราย ไตรมาสที่ 2: ผู้ป่วย 21 ราย	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
			4) ใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแต่ละกลุ่มโรค ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง	N/A	ต.ค. 2561 - ก.ย. 2562	ร้อยละ 100	N/A	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
2	เชียงใหม่	1. โรงพยาบาลนครพิงค์	1) ลงตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง ที่รับการดูแลระยะกลาง	ทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ชีววิทยา แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชการ)	ทุกเช้าวันศุกร์	ผู้ป่วยร้อยละ 100 ได้รับการลงเยี่ยมให้บริการการดูแลระยะกลาง	ลงเยี่ยมให้การดูแลระยะกลางต่อเนื่อง	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1 การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการครั้งที่ 3
		2.โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา	1) การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาลเพื่อตั้งเป้าหมายการดูแลและเปลี่ยนกิจกรรม หากพบว่าผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	ทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด)	ทุกวันอังคาร (13.30-15.30 น.)	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
3	ขอนแก่น	2. โรงพยาบาลน้ำพอง	1) ประชุมทีมรายกรณี	ทีมสหสาขาวิชาชีพ		N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ประชุมทีมรายกรณี ก่อนจำหน่ายออก	ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมชุมชน	2 วัน ก่อนจำหน่ายออก	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			3) วางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างการประชุมทีม	พยาบาลชุมชน ทีม รพ.สต. และ ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลน้ำพอง	N/A	มีผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
			4) ประชุมทีมในชุมชน	N/A	หลังจากผู้จัดการการดูแลจัดทำแผนการดูแล	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			5) ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ICF ในการวางแผนการดูแลระยะกลาง	ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ตั้งแต่ ก.ค. 2562	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
		3. รพ.สต. บ้านคำบง	1) ประชุมทีม	พยาบาลวิชาชีพจาก รพ.สต. และ ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลน้ำพอง	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
			2) ประชุมทีมในชุมชน	N/A	หลังจากผู้จัดการการดูแลจัดทำแผนการดูแล	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
		4. รพ.สต. สะอาด	1) ประชุมทีม	พยาบาล จาก รพ.สต. และ ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลน้ำพอง	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2			แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
			2) ประชุมทีมในชุมชน	N/A	หลังจากผู้จัดการการดูแลจัดทำแผนการดูแล	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1

ลำดับ	พื้นที่นำร่อง	โรงพยาบาล/ สถานบริการดูแลสุขภาพ	กิจกรรม/เครื่องมือ	ทีม (การดูแลระยะกลาง เยี่ยมบ้าน)	ระยะเวลา	ผล	ข้อคิดเห็น/สิ่งที่ต้องดำเนินการ	ที่มา
4	สุราษฎร์ธานี	1. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	1) ประชุมปรึกษารายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะกลางที่รับการดูแลในชุมชน	ทีมเยี่ยมบ้าน (แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด)	ไตรมาสที่ 2	จัดประชุมปรึกษารายกรณี: 30 ราย	ประชุมทีมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยที่รับการดูแลระยะกลาง (ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) และครอบครัว	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) ทีมสหสาขาวิชาชีพคอยกำกับดูแลในโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง	ทีมสหสาขาวิชาชีพ	2 มี.ค. - 26 เม.ย. 2562	ดำเนินการเสร็จสิ้นใน 3 โรงพยาบาล		การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 2
		2. โรงพยาบาลบ้านนาเดิม	1) ควรใช้กรอบแนวคิด ICF ในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม	N/A	N/A	N/A	การดำเนินการขั้นต่อไปอยู่ระหว่างการพิจารณา	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
			2) ประชุมปรึกษารายกรณี ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลบ้านนาเดิม	N/A	N/A	N/A	การดำเนินการขั้นต่อไปอยู่ระหว่างการพิจารณา	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
6	นครราชสีมา	ทั้งจังหวัด (เครือข่ายเมืองย่า 4 หัวทะเล)	1) การประชุมปรึกษารายกรณี เพื่อระบุภาวะที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยและวางแผนการรักษา	พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร แพทย์แผนไทย และทันตแพทย์	สัปดาห์ที่ 4 (หลังนอน รพ.) และ ทุก 1-2 เดือน	N/A	N/A	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3
		1. โรงพยาบาลหัวทะเล	1) แลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วย ภายในทีม โดยจัดทำสมุดบันทึกผู้ป่วยรายบุคคลและพูดคุยทางวาจา	แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ของโรงพยาบาลหัวทะเล	ไตรมาสที่ 1	N/A	ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจะได้รับคำปรึกษาก่อนจำหน่ายออก และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในส่วนของระบบข้อมูลส่งต่อ	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			2) ปรึกษาและเยี่ยมชมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	โรงพยาบาลมหาราช: แพทย์ทางด้านระบบประสาท พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลหัวทะเล: พยาบาล นักกายภาพบำบัด	ไตรมาสที่ 1	N/A	มีแผนที่จัดประชุมปรึกษารายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1
			3) พิจารณาการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด พยาบาล เภสัชกร	N/A	N/A	N/A	อยู่ระหว่างการหารือ	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
		2. ศูนย์สุขภาพชุมชนหัวทะเล	1) การประชุมทีมเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรคของการบริการจัดการงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	ทีม	ไตรมาสที่ 2	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
7	ภูเก็ต	1. โรงพยาบาลถลาง	1) ประชุมทีม	ทีมดูแลระยะกลาง จากโรงพยาบาลถลาง	ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2	N/A	ประชุมทีมร่วมกันระหว่างทีมให้บริการการดูแลระยะกลาง รพ. ถลาง และ รพ.สต. เพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยฟื้นฟู ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในและให้การดูแลที่บ้าน	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
8	ชลบุรี	1. โรงพยาบาลชลบุรี	1) เพิ่มคุณภาพของการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกและในชุมชน โดยการใช้กรอบแนวคิด ICF ระหว่างการประชุมทีม	ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว	1-2 ครั้ง/ เดือน	ผู้ป่วยร้อยละ 80 ที่เข้าร่วมการประชุมทีมบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟู	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 2
			2) กาประชุมทีม OPD	ทีม OPD	2561	N/A	N/A	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 2
			3) การประชุมทีมระหว่างแผนก (ICF)	ทีมระหว่างแผนก	N/A	N/A	N/A	การประชุมคณะกรรมการบริหารโครงการ ครั้งที่ 3
		2. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม	1) ใช้หลักการ D-method ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	ทีมสหสาขาวิชาชีพ	N/A	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2
		3. โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10	1) ประชุมปรึกษารายกรณี	ทีมโรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 และโรงพยาบาลชลบุรี	1 ครั้ง	N/A	N/A	แบบฟอร์ม 4 ไตรมาสที่ 1/2

ภาคผนวก 4

เอกสารแนบการอภิปรายผล

ภาคผนวก 4

เอกสารแนบการอภิปรายผล



รายชื่อคณะขับเคลื่อนโครงการ

ผู้เข้าร่วมประชุมขับเคลื่อนโครงการ

แพทย์

1. นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย
2. แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ สถาบันสิรินธรฯ
3. แพทย์หญิงปิยนุช เสมอวงษ์	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ 4 โรงพยาบาลชลบุรี

กองบริหารการสาธารณสุข

4. นางสาวพัชรา เสถียรพักตร์	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการพิเศษ
5. นางสาวมีนา ชูใจ	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ

โครงการ S-TOP

6. Mr. Akio KOIDE	หัวหน้าที่ปรึกษา โครงการ S-TOP/ ไจก้า
7. Ms. Hiroka YONEDA	ผู้เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัด/ การดูแลผู้สูงอายุ
8. Ms. Akiko YOKOYAMA	ผู้ประสานงานโครงการ/ ผู้ประสานงานการฝึกอบรม
9. นางสาวกุลธีร์ เกษมณี	ผู้ช่วยโครงการ
10. นางสาวชนนิกานต์ ภัทรชลิต	ผู้ช่วยโครงการ
11. นางสาววรางคณา ไทยเจริญ	ผู้ช่วยโครงการ

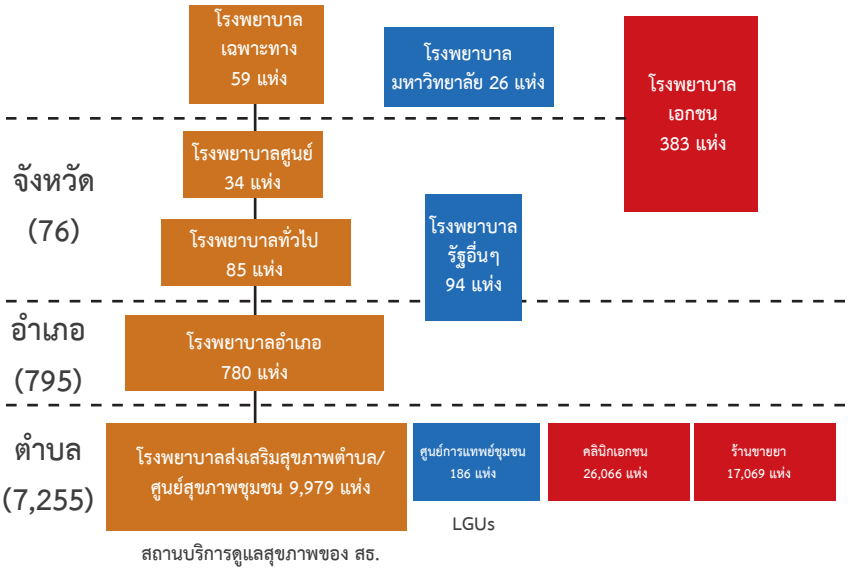
ผู้สังเกตการณ์

12. Mr. Shintaro NAKAMURA	(ไจก้าสำนักงานใหญ่)
13. Ms. Rie SATO	(ไจก้าสำนักงานใหญ่)
14. Ms. Yuko KAWAI	(สำนักงานไจก้า ประเทศไทย)
15. Mr. Takehiro IWAKI	(บริษัท IC Net)
16. นางสาววราพรรณ จันทาพูน	(บริษัท IC Net)
17. นางสาวศศิอร วัฒนพาหุ	ล่ามแปลภาษา
18. นางสาวมุทิตา พานิช	ล่ามแปลภาษา

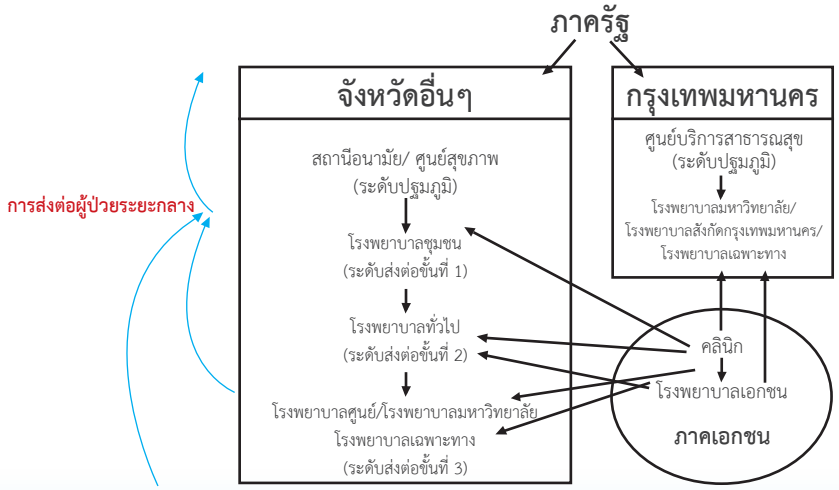
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย

ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพและการแพทย์มีความหลากหลาย ทั้งที่เป็นผู้ให้บริการตามบทบาทหน้าที่และผู้ให้บริการจากภาครัฐ/เอกชน ทั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในระดับจังหวัด โดยทั่วไปมักตั้งอยู่ตามเมืองใหญ่ โรงพยาบาลดังกล่าวมีความสามารถในการรักษาทางการแพทย์ขั้นสูง โดยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญระดับสูง นอกจากนั้นยังพบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะมีอยู่ในทุกพื้นที่เขตสุขภาพและทุกจังหวัด ขณะที่ โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่จะมีอยู่เพียงในกรุงเทพมหานครและในบางจังหวัด โรงพยาบาลกลุ่มนี้ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ในฐานะโรงพยาบาลรับส่งต่อในระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลในระดับอำเภอได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลประชากรจำนวน 20,000 ถึง 100,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 10 - 120 เตียง โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปเป็นผู้ให้บริการหลักในการดูแลสุขภาพระดับทุติยภูมิของประเทศ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะมีการให้บริการในรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และบริการรักษา ในขณะเดียวกัน เริ่มให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตามกรอบการดำเนินการตามนโยบายการดูแลระยะกลางในปี 2560 นอกจากโรงพยาบาลชุมชนแล้ว ยังมีหน่วยให้บริการด้านสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอื่นๆ ที่กระจายอยู่ตามเมืองต่างๆ สำหรับโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนนั้น ยังไม่มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกันภายในกลุ่มภาคเอกชนและภาครัฐ

ภาพที่ 4.2.1 ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพและการแพทย์ในประเทศไทย[31]



ภาพที่ 4.2.2 ระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทย[32]



[31]นอกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว ยังมีศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครอีก 68 แห่ง ที่อยู่ในสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่รวมอยู่ในจำนวน 9,979 แห่งนี้ ภาพนี้จัดทำขึ้นโดยโครงการ S-TOP เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2563

[32]ภาพนี้อ้างอิงมาจาก “ประชากรสูงอายุและระบบสุขภาพ: ข้อมูลประเทศไทย” (WHO)

ตารางที่ 4.2.1 ระดับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข[33]

ระดับ	ประเภท	คำอธิบาย
A	โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลระดับสูง)	เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขา ตามความจำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง (ระดับ A)
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลระดับมาตรฐาน)	เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน (ระดับ S)
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (โรงพยาบาลระดับกลาง:M1)	เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M1)
M2	โรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย (โรงพยาบาลระดับกลาง: M2)	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญี) สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางรังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง สาขาหลัก 6 สาขารองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลระดับต้น: F1)	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 90-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชศาสตร์ ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน (คงที่มีอยู่เดิมไม่เพิ่ม) จำนวนรวม 3-10 คน มีห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใน ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (โรงพยาบาลระดับต้น: F2)	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวม 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (โรงพยาบาลระดับต้น: F3)	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวรวม 1-2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีตึกผู้ป่วยใน ให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการเช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

[33]ตารางนี้อ้างอิงมาจาก “คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ” (กระทรวงสาธารณสุข 2562)

บทสรุปข้อเสนอแนะและคำร้องขอต่อโครงการ S-TOP และรัฐบาลไทยจากผู้ให้สัมภาษณ์

ตารางด้านล่างคือ ตารางสรุปข้อเสนอแนะต่อโครงการ S-TOP และรัฐบาลไทย ซึ่งรวบรวมมาจากผู้ให้สัมภาษณ์ ตารางดังกล่าวนี้เป็นหนึ่งใน เอกสารแนบของร่างเอกสารอภิปรายผลฉบับที่ 1 ภายใต้การทบทวนการดำเนินงานโครงการ S-TOP ระยะกลาง โดยข้อเสนอและคำขอแบ่งออกเป็น 9 หมวดหลัก 31 หมวดย่อย ทั้งนี้ การสัมภาษณ์เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 15 - 24 เมษายน 2563 ด้วยการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งดำเนินการโดยบริษัท IC Net Asia จำกัด

ประเด็นที่ถูกหยิบยกและกล่าวถึงอย่างมากจากผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ “ทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลระยะกลาง” “การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง” “นโยบายระดับชาติ” “ระบบการส่งต่อข้อมูล” “ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเป็นหุ้นส่วนกับรัฐบาลท้องถิ่น”

ผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย

เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	7
ที่ปรึกษาจากพื้นที่สนับสนุนภาคปฏิบัติและพื้นที่สนับสนุนด้านวิชาการ	2
แพทย์ (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)	8
พยาบาล	1
นักกายภาพบำบัด	1
เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2
ผู้เชี่ยวชาญญี่ปุ่น โครงการ S-TOP	1
รวม	**22**

บทที่เกี่ยวข้องหลักของเอกสารการอภิปรายผล	หมวดหลัก	หมวดย่อย	รวมจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ที่กล่าวถึง	ตัวอย่าง
1.) การส่งมอบบริการ	จัดทำแนวทางปฏิบัติด้านการดูแลที่ไร้รอยต่อ		2	คู่มือแนวทางการดูแลที่ไร้รอยต่อ คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยระยะกลาง
	ให้การสนับสนุนและความร่วมมือทางด้านวิชาการ		4	ทักษะและเทคโนโลยี แนวทางการทำงานเป็นทีม การส่งเสริมการเผยแพร่เทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในญี่ปุ่นและไทย การประยุกต์ใช้ทักษะและเทคนิคแบบญี่ปุ่น
	พัฒนาการเข้าถึงการดูแลที่ไร้รอยต่อ		4	บริการการดูแลระยะกลาง
	จัดตั้งโรงพยาบาล/ศูนย์เฉพาะทางด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ		2	

บทที่เกี่ยวข้องหลักของเอกสารการอภิปรายผล	หมวดหลัก	หมวดย่อย	รวมจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ที่กล่าวถึง	ตัวอย่าง
2.) ทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลระยะกลาง	เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ (9)		12	พยาบาลฟื้นฟู (2) นักกายภาพบำบัด (5) นักกิจกรรมบำบัด (5) นักแก้ไขการพูด (5)
	เพิ่มโควต้าเจ้าหน้าที่รัฐ (5)			
	วางแผนการจัดสรรทรัพยากรบุคคล/การประเมินเกี่ยวกับจำนวนทรัพยากรบุคคลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น (2)			
	ปรับปรุงการรักษาสำหรับทรัพยากรบุคคล (2)			
	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ (6)			เพิ่มการฝึกอบรมในประเทศของโครงการ S-TOP หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลฟื้นฟูระยะ 4 เดือนในรูปแบบออนไลน์ เพิ่มการฝึกอบรมอื่นๆ ของโครงการ S- TOP
	พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลระยะยาว (6)			พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (4) พัฒนาสื่อมัลติมีเดีย พัฒนาทรัพยากรผู้ดูแลผู้สูงอายุดังเช่นระบบของญี่ปุ่น
	แนวคิดเชิงนวัตกรรม (1)			
3.) การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง	การดูแลระยะกลาง การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง		9	การร่วมจ่าย (2) ความยากในการวิเคราะห์ต้นทุนในระดับโรงพยาบาล (2)
4.) บริการการดูแลระยะยาว	พัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน (4)		4	
	เสริมสร้างความร่วมมือและความเป็นหุ้นส่วนกับรัฐบาลท้องถิ่นและชุมชน (6)		6	
5.) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ปรับปรุงระบบส่งต่อข้อมูล/ ฐานข้อมูล			
	เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		4	ความร่วมมือในการส่งต่อและทางปฏิบัติ (2) การสนับสนุนและความร่วมมือด้านวิชาการ
6.) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการและสมาชิกในครอบครัว	พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว		2	พัฒนาสื่อมัลติมีเดียสร้างความตระหนัก

บทที่เกี่ยวข้องหลักของเอกสารการอภิปรายผล	หมวดหลัก	หมวดย่อย	รวมจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ที่กล่าวถึง	ตัวอย่าง
7.) การดำเนินงานโครงการ	พัฒนาการดำเนินงานโครงการ		4	
				ติดตามและประเมินผลกิจกรรมในพื้นที่การขยายพื้นที่ดำเนินการผู้เชี่ยวชาญญี่ปุ่น
	เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		4	
8.) อื่นๆ *ไม่มีอยู่ในหัวข้อของเอกสารการอภิปรายผล	การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ/ ความสมดุลระหว่างการกำหนดมาตรฐานและลักษณะของพื้นที่		8	
	เสริมสร้างความตระหนักขององค์กรที่เกี่ยวข้อง และกำหนดนโยบายภายในแต่ละโรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		3	
	การเตรียมความพร้อมและการจัดสรรโครงสร้างพื้นฐาน/ อุปกรณ์/ สถานที่		5	
	การใช้ประโยชน์ การแบ่งปัน และการส่งเสริมแนวทางปฏิบัติที่ดีระหว่างพื้นที่นำร่อง		4	
9.) นโยบายระดับชาติ *ไม่มีอยู่ในหัวข้อของเอกสารการอภิปรายผล	การชี้แจงนโยบายและกรอบแนวคิดระดับชาติ และการนำไปใช้และการดำเนินการที่เหมาะสม		8	

4.4 ข้อมูลสถานบริการดูแลระยะยาว ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562

อำเภอ	หน่วยงานที่รับผิดชอบสถานบริการ	ลำดับ	ชื่อสถาน	ระยะเวลาเปิดบริการ	บริการ				กลุ่มเป้าหมาย	บุคลากร	วันที่ให้บริการ	เวลาที่ให้บริการ	การเดินทาง	ผู้ให้บริการ	ข้อมูลเพิ่มเติม
					ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน							
เมืองกลาง	ยางฮอม	1	**ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ**	1 มกราคม 2559	-	-	✔	✔	สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	**พื้นที่โครงการ CTOP และ LTOP**
			เปิดร่วมกับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน	*ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันปิดทำการวันที่ 1 เมษายน 2560 เนื่องจากมีผู้ใช้บริการน้อย*				*โดยพยาบาล รพ.สต. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ*						*ร่วมมือกับ รพ.สต. ยางฮอม	ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. (การปรับปรุงอาคาร อุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู)
															พื้นที่ที่มีศักยภาพของโครงการ S-TOP
เวียงใหม่	แม่เหียะ	2	**ศูนย์บำบัดฟื้นฟูสุขภาพ**	สิ้นเดือน พ.ค. 2562	✔	✔	-	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	พยาบาลจัดการการดูแล 1 ราย นักกายภาพบำบัด 1 (จ้าง)	จ. อ. พ. ศ.	9:00 - 12:00	อปท. จัดบริการรถตู้พร้อมเปล	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง
								*โดยผู้จัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 40 ราย	พฤ. (บริการกายภาพบำบัด)	13:00 - 16:00		*ร่วมมือกับ รพ.สต. ท่าข้าม *นักกิจกรรมบำบัด 1 ราย จากโรงพยาบาลสวนดอก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. (อุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู) พยาบาลจัดการการดูแล 1 ราย ย้ายมาจาก รพ.สต. ท่าข้าม (ย้ายมาเป็นเจ้าหน้าที่ของ อปท.)
	หนองหอย	3	**ศูนย์บำบัดฟื้นฟูสุขภาพ**		✔	✔	-	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว					องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *ร่วมกับ รพ.สต.	ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง คล้ายกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านบนอย่างมาก
	ท่ากว้าง	4	**ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ**		-	-	✔	-	สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ *จำนวนผู้ใช้บริการโดยเฉลี่ย: 5-10 คน/1	พยาบาลจัดการการดูแล 1 ราย ผู้ดูแลสูงอายุ 4 ราย	อ. ศ.	9:00 - 12:00		องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	**พื้นที่โครงการ S-TOP** ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. (อุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู)
			*วางแผนจัดตั้งศูนย์กิจกรรมฟื้นฟูและสนับสนุนการดำเนินชีวิต												

จังหวัด	อำเภอ/กิ่งอำเภอ/เขต	ตำบล	ชื่อศูนย์	วันที่เปิดให้บริการ	บริการ				กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินการ	วันที่ให้บริการ	เวลาให้บริการ	การเดินทางมาศูนย์	ผู้ดูแลศูนย์	ข้อมูลการสนับสนุน
					ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน							
	ยางเนิ้ง	5	**ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ**		-	-	✔	-	สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	พยาบาลจัดการการดูแล 1 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 11 ราย	จ. อ. พ. พฤ. ศ.	8:30 - 16:30	อปท. จัดรถบริการ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	**พื้นที่โครงการ S-TOP** ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. (อุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู)
หนองหาน	สะอาด	6	**ศูนย์อเนกประสงค์ (ศูนย์ดูแลตอนกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ)**	9 ธันวาคม 2559	✔	✔	-	✔ *โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	พยาบาล 1 ราย (จ้าง) พยาบาลจัดการการดูแล 2 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 8 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย			อปท. จัดบริการรับ-ส่ง (รถฉุกเฉิน)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *พยาบาลจัดการการดูแล 2 ราย จาก รพ.สต. *นักกายภาพบำบัด 1 ราย จาก โรงพยาบาลน้ำพอง	**พื้นที่โครงการ CTOP และ LTOP** ได้รับความช่วยเหลือจากโครงการความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจแบบให้เปล่าเพื่อพื้นฐานและความมั่นคงของมนุษย์ (GGP) ของสถานเอกอัครราชทูตญี่ปุ่น (อาคาร อุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู)
บ้านไผ่	จอหอ	7	**ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ/ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ**	7 มกราคม 2557	✔	✔	-	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	พยาบาลจัดการการดูแล 5 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 15 ราย	2 วัน ต่อสัปดาห์	8:30 - 16:30		ศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ *พยาบาลจัดการการดูแล 5 ราย เป็นของศูนย์สุขภาพชุมชน	**พื้นที่โครงการ CTOP และ LTOP** อาคารได้รับการส่งต่อมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
								*โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ		นักกายภาพบำบัด 1 ราย				*นักกายภาพบำบัด 1 ราย จาก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	*ร่วมกับการให้บริการทางการแพทย์

ตำบล	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ลำดับ	ชื่อโครงการ	ระยะเวลาดำเนินการ	บริการ				กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการ	ระยะทางที่ผู้ใช้บริการเดินทาง	ระยะเวลาในการเดินทาง	การเดินทางของผู้ใช้บริการ	ผู้รับผิดชอบโครงการ	หมายเหตุ
					ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน							
	หัวทะเล	8	**ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ**		-	-	✔	-	สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	ผู้จัดการการดูแล 2 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 7 ราย			1) อปท. จัดบริการรับ-ส่ง (รถกระบะรับ-ส่งฉุกเฉิน)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	**พื้นที่โครงการ S-TOP** ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. 1) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน
			*วางแผนจัดตั้งศูนย์กิจกรรมฟื้นฟูและสนับสนุนการดำเนินชีวิต												
ในเมือง	บางสีทอง	9	**ศูนย์บริการสังคมแบบบูรณาการ (ณ วัดรวก)**	ตุลาคม 2556 *เริ่มให้การฟื้นฟูตามแผนการดูแล	✔	✔	✔	✔ *โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	พยาบาล 1 ราย (จ้าง) ผู้จัดการการดูแล 14 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 62 ราย *มีแผนที่จะจ้างนักกายภาพบำบัด 1 ราย	จ. - ศ. (ผู้ใช้ 10-12 รายต่อวัน)	8:00 - 16:30	อปท. จัดบริการรับ-ส่ง (รถตู้พร้อมลิฟต์อัตโนมัติและบันไดพับได้)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *ร่วมมือกับโรงพยาบาลบางกรวย และ รพ.สต. บางสีทอง	**พื้นที่โครงการ CTOP และ LTOP** ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. (อุปกรณ์ออกกำลัง) ได้รับความช่วยเหลือจากโครงการความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจแบบให้เปล่าเพื่อพื้นฐานและความมั่นคงของมนุษย์ (GGP) ของสถานเอกอัครราชทูตญี่ปุ่น (รถตู้พร้อมลิฟต์อัตโนมัติ อุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู) *ศูนย์เปิดให้บริการในช่วงโครงการ CTOP วัดรวกบริจาคพื้นที่และอาคาร
		10	**ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้พิการ (ณ วัดโคนอน)**	ตุลาคม 2557	✔	✔	-	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	เช่นเดียวกับด้านบนแบ่งเป็นกลุ่ม	อ. พฤ. (ผู้ใช้ 10-12 รายต่อวัน)	8:00 - 16:30	เช่นเดียวกับด้านบน	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *เช่นเดียวกับด้านบน	วัดโคนอนบริจาคพื้นที่และอาคาร *ไฟฟ้า?*

ลำดับ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ลำดับ	ชื่อศูนย์	ระยะเวลาดำเนินการ	บริการ				กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการ	ระยะเวลาให้บริการ	เวลาให้บริการ	เครื่องมือสื่อสาร	ผู้ให้บริการ	ข้อมูลทรัพยากรที่ใช้
					ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน							
		11	**บ้านพักผู้สูงอายุ (ณ วัดโคนอน)**	เมษายน 2560	-	-	-	-	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะยาวที่ไม่มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว	เช่นเดียวกับด้านบน แบ่งเป็นกลุ่ม	ทุกวัน	24 ชั่วโมง	-	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *เช่นเดียวกับด้านบน	วัดโคนอนบริจาคพื้นที่และอาคาร *ไม่มีผู้สูงอายุเข้าพักในขณะนี้ แต่มีสิ่งอำนวยความสะดวกเตรียมพร้อมและสามารถใช้งานได้ตลอดเวลา
	วัดชลอ	12	**ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน (ณ วัดโตนด)**	22 มิถุนายน 2562	✔	✔	✔	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	พยาบาลจัดการการดูแล 1 ราย (จากทีมหมอครอบครัว) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 ราย แพทย์แผนไทย 1 ราย	อ. พฤ. (ผู้ใช้ 10-12 ราย ต่อวัน)	9:00 - 15:00	เจ้าหน้าที่จัดบริการรับ-ส่ง (รถยนต์ส่วนตัว)	ดำเนินงานโดยคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลบางกรวย แพทย์แผนไทย 1 ราย จากโรงพยาบาลบางกรวย	วัดโตนดบริจาคอาคาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนอุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยสนับสนุนทุน รวมทั้งมีแผนที่จะจัดส่งนักกายภาพบำบัด 1 ราย
							*มีแผนที่จะใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและโรงเรียนผู้สูงอายุ		สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		อ. พฤ. (ผู้ใช้ 30 ราย ต่อวัน)	15:00 - 17:00			การสนับสนุนจากผู้ว่าราชการจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พชอ. บางกรวย และเงินบริจาคจากประชาชน
	บางคูเวียง	13	**ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน**	มีนาคม 2562						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 7 ราย	(ผู้ใช้ 5-7 ราย ต่อวัน)		อปท. จัดบริการรับ-ส่ง (รถกอล์ฟ)		

จังหวัด	หน่วยบริการสุขภาพ	อำเภอ	ศูนย์	ระยะเวลาดำเนินการ	บริการ				กลุ่มเป้าหมาย	เวลาทำการ	วันทำการ	ระยะเวลาให้บริการ	การเดินทางมาศูนย์	ผู้ดำเนินการ	ข้อมูลเพิ่มเติม
					ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน							
	พิมลราช	14	**ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ**	24 มิถุนายน 2562 (เริ่มให้บริการจริง)	✔	-	-	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	พยาบาลจัดการการดูแล 5 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 29 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย	จ. พฤ. (ผู้ใช้ 10-15 ราย/ 1 ครั้ง) นักกายภาพบำบัด 1 ราย ส่งไปปฏิบัติงานเดือนละ 2 ครั้ง	9:00 - 12:00	อปท. จัดบริการรับ-ส่ง (รถฉุกเฉิน)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *พยาบาลจัดการการดูแล 2 ราย จาก อปท. พยาบาลจัดการการดูแล 2 ราย จาก รพ.สต. พยาบาลจัดการการดูแล 1 ราย จาก อปท. โรงพยาบาลบางบัวทอง 2	**พื้นที่โครงการ S-TOP** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนอาคาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนอุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู
						*วางแผนจะเริ่มบริการในอนาคตอันใกล้		*โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุในวัน พฤ.		*นักกายภาพบำบัด 1 ราย จากโรงพยาบาลบางบัวทอง 2 หรือโรงพยาบาลบางบัวทอง 1					*ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน
นนทบุรี	เอื้ออาทรรัตนาธิเบศร์	15	ศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ	กุมภาพันธ์ 2562	✔	-	✔	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	พยาบาลจัดการการดูแล 7 ราย (รพ.สต. 3 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบลบางรักน้อย)	พ. ศ. (ผู้ใช้ 10-12 ราย /1 ครั้ง)	9:00 - 13:00	ผู้ดูแลผู้สูงอายุจัดบริการรับ-ส่งสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ในอพาร์ทเม้นท์	รพ.สต. 3 แห่ง (หมุนเวียน)	การเคหะแห่งชาติและผู้ที่อาศัยในอพาร์ทเม้นท์สนับสนุนอาคาร
										ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 18 ราย (รพ.สต. 3 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล)			ไม่มีบริการรับ-ส่งให้กับผู้ป่วย	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจัดส่งนักกายภาพบำบัด 1 ราย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนอุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู

ประเทศ	หน่วยงานที่ดูแลศูนย์	ลำดับ	ชื่อศูนย์	ปีที่เริ่มให้บริการ	บริการ				ประเภทผู้ใช้บริการ	ผู้ให้บริการ	วันที่ให้บริการ	เวลาที่ให้บริการ	ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ	ที่มาของผู้ใช้บริการ	ข้อมูลเพิ่มเติม
					ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน							
						*วางแผนจะเริ่มบริการในอนาคตอันใกล้	*ชมรมผู้สูงอายุมีแผนที่จะใช้ประโยชน์	*เฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในอพาร์ทเม้นท์โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ		นักกายภาพบำบัด 1 ราย (เฉพาะวันศุกร์)	พ. ศ.	13:00 - 16:30		แพทย์ลงเยี่ยมรายกรณี	รพ.สต. ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่
ญี่ปุ่น	บึงยี่โถ	16	**ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ (และศูนย์ดูแลตอนกลางวัน)**	จะเปิดในเดือนพฤศจิกายน 2562	✔	✔	-	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	แพทย์ (จ้าง) พยาบาล (จ้าง) นักกายภาพบำบัด (จ้าง)			อปท. ไม่ได้จัดบริการรับ-ส่งให้กับผู้ป่วย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	**นายโอกูอิ ผู้แทนองค์กรไม่แสวงหากำไรของญี่ปุ่น เป็นที่ปรึกษา** อาคาร 3 ตึก สร้างเสร็จเรียบร้อย ศูนย์บริการสุขภาพได้รับการถ่ายโอนจากกระทรวง สธ. มายัง อปท. ศูนย์บริการสุขภาพจะย้ายไปให้บริการที่ตึกเดียวกับศูนย์ดูแลตอนกลางวัน เจ้าหน้าที่ อปท. กำลังศึกษาเรียนรู้เนื้องานและโปรแกรมบริการ
กรุงเทพมหานคร	เขตดินแดง	17	**ศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง**		✔	✔	-	✔ *โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะยาว	ผู้จัดการการดูแล 3 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 13 ราย				ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง *ความร่วมมือกับสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร	**พื้นที่โครงการ LTOP** ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการรับการบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์ ผู้จัดการการดูแล 3 ราย ของศูนย์บริการสาธารณสุข 4 และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการเยี่ยมบ้าน

อำเภอ	ตำบล	ชื่อศูนย์	วันเริ่มให้บริการ	บริการ				กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนบุคลากร	ระยะเวลาให้บริการ	วันให้บริการ	ผู้ให้บริการ	ข้อมูลเพิ่มเติม
				ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน						
	เขตบางแค	18	**บ้านสูงวัยศิริเกษม รวมใจ 50 ศูนย์สุขภาพชุมชน**	พฤษภาคม 2562		✔	-		ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	ผู้จัดการการดูแล 1 ราย อาสาสมัครสาธารณสุข 9 ราย	จ. - ศ.	8:00 - 16:00	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จัดบริการรับ-ส่งโดยรถตู้พร้อมลิฟต์อัตโนมัติ	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	**พื้นที่โครงการ S-TOP** โรงพยาบาลราชพิพัฒน์สนับสนุนทุน (สำนักการแพทย์) ภายใต้โครงการของกรุงเทพมหานคร : 1 ชุมชน 1 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์แห่งแรกในกรุงเทพมหานคร
											อัตราค่าบริการ: ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ 100 บาทต่อวัน ผู้สูงอายุติดเตียง 150 บาทต่อวัน ค่าอาหาร: 50 บาทต่อวัน				
บางบัวทอง	พลูตาหลวง	19	**ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ**		-	-	✔	-	สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	พยาบาล 1 ราย (จ้าง)				องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *ร่วมมือกับโรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 และศูนย์สุขภาพชุมชนพลูตาหลวง	**พื้นที่โครงการ S-TOP** ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. โดยการปรับปรุงห้องเก็บของที่มีอยู่แล้วของ อปท.
			*วางแผนจัดตั้งศูนย์กิจกรรมฟื้นฟูและสนับสนุนการดำเนินชีวิต												
	บ้านสวน	20	*วางแผนจัดตั้งศูนย์กิจกรรมฟื้นฟูและสนับสนุนการดำเนินชีวิต											องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	โรงพยาบาลชลบุรีตั้งอยู่ใน อปท. นี้
	แสนสุข	21	***ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน (ระหว่างการก่อสร้าง)**										อปท. จัดบริการรับ-ส่ง (รถตู้พร้อมลิฟต์อัตโนมัติ)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *ร่วมมือกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา	**พื้นที่โครงการ Saku (โครงการความร่วมมือของไจก้า)** ได้รับความช่วยเหลือจากโครงการความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจแบบให้เปล่าเพื่อพื้นฐานและความมั่นคงของมนุษย์ (GGP) ของสถานเอกอัครราชทูตญี่ปุ่น (รถตู้พร้อมลิฟต์อัตโนมัติ อุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู) ก่อสร้างโดยงบของเทศบาล

จังหวัด	อำเภอ/กิ่งอำเภอ/เขต	ตำบล	ชื่อศูนย์ฯ	วันที่เปิดให้บริการ	บริการ				ลักษณะผู้ป่วย	วิธีการดูแล	ความถี่ในการดูแล	เวลาที่ให้บริการ	การเดินทางมาศูนย์ฯ	ผู้ให้การดูแล	ข้อมูลการติดต่อ
					ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน							
ราชบุรี	โพธาราม	22	**ศูนย์ดูแลตอนกลางวันโพธาราม**	29 มีนาคม 2560	✔	✔	-	✔ *โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะยาว	พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข			อปท. จัดบริการรับ-ส่ง โดยใช้รถกอล์ฟ	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น *ร่วมมือกับโรงพยาบาลโพธาราม (รพ. ทั่วไป)	**นายคุนิยะ (อดีตอาสาสมัครญี่ปุ่น) สนับสนุนการเปิดให้บริการในระหว่างที่เป็นอาสาสมัคร** **นายคุนิยะเป็นที่ปรึกษา**
	บ้านฆ้อง	23	**ศูนย์ดูแลตอนกลางวันบ้านฆ้อง**	3 พฤศจิกายน 2561	✔	✔	-	✔ *โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะยาว (11 ราย)	พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข				ณ รพ.สต. บ้านฆ้อง	**นายคุนิยะ ผู้ให้ทุนการดูแล-ฟื้นฟู สำหรับภูมิภาคเอเชีย สนับสนุนการเปิดให้บริการ** **นายคุนิยะเป็นที่ปรึกษา**
	บ้านเลือก	24	**ศูนย์ดูแลตอนกลางวันบ้านเลือก**	21 มิถุนายน 2562	✔	✔	-	✔ *โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะยาว	พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข	2 วันต่อเดือน			ณ รพ.สต. บ้านเลือก	**นายคุนิยะ ผู้ให้ทุนการดูแล-ฟื้นฟู สำหรับภูมิภาคเอเชีย สนับสนุนการเปิดให้บริการ** **นายคุนิยะเป็นที่ปรึกษา**

จังหวัด	ชื่อหน่วยบริการ	ตำบล	ชื่อศูนย์	ระยะเวลาดำเนินการ	บริการ				ลักษณะกลุ่มผู้ป่วย	ประเภทผู้ป่วย	ช่วงเวลาในการให้บริการ	เวลาในการให้บริการ	ลักษณะการให้บริการ	ผู้ให้บริการ	ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ
					ฟื้นฟูสภาพที่ศูนย์ฯ	กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินชีวิตที่ศูนย์ฯ	ส่งเสริมสุขภาพและฝึกอาชีพ	เยี่ยมบ้าน							
ภูเรือ	บ้านนา	25	**ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน**	7 เมษายน 2560	✔	✔	-	✔ *โดยพยาบาลจัดการการดูแลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว (17 ราย)	ผู้จัดการการดูแล 2 ราย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 ราย นักกายภาพบำบัด 1 ราย นักกิจกรรมบำบัด 2 ราย	จ. พ. ศ. (ผู้ป่วย 24-30 ราย ต่อสัปดาห์)	9:00 - 12:00	อปท. จัดบริการรับ-ส่ง (รถตู้พร้อมลิฟต์อัตโนมัติ)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่ นักกายภาพบำบัด 1 ราย จากโรงพยาบาลบ้านนาเดิม นักกิจกรรมบำบัด 2 ราย (คนไทย 1 อาสาสมัครญี่ปุ่น 1) จาก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ศ.)	**พื้นที่โครงการ CTOP LTOP และ S-Top** ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. (งบซ่อมแซม อุปกรณ์ออกกำลัง) ได้รับความช่วยเหลือจากโครงการความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจแบบให้เปล่าเพื่อพื้นฐานและความมั่นคงของมนุษย์ (GGP) ของสถานเอกอัครราชทูตญี่ปุ่น (รถตู้พร้อมลิฟต์อัตโนมัติ อุปกรณ์บำบัดฟื้นฟู) อปท. จัดงานเลี้ยงน้ำชา (วัฒนธรรมท้องถิ่น) หลายครั้ง เพื่อขอการสนับสนุน (บริจาค) ปรับปรุงอาคารเก่าของ อปท. เป็นศูนย์ **ได้รับการรับรองเป็นศูนย์ต้นแบบของกระทรวง พม.**
เกาะพะงัน	เกาะแก้ว	26	ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน	24 กรกฎาคม 2562	✔	✔	-	✔	ผู้ป่วยรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว	พยาบาลจัดการการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ	พ. ศ. (ผู้ป่วย 7-8 ราย ต่อวัน)	9:00 - 12:00	อปท. จัดบริการรับ-ส่ง	รพ.สต. เกาะแก้ว *ร่วมมือกับโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะแก้ว	ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวง พม. อาสาสมัครสาธารณสุข 20 ราย

ภาคผนวก 5

การประเมินโดยใช้หลักเกณฑ์การประเมิน 5 ด้าน ของ OECD DAC



ภาคผนวก 5

การประเมินโดยใช้หลักเกณฑ์การประเมิน 5 ด้าน ของ OECD DAC



การประเมินสำหรับการทบทวนการดำเนินโครงการ S-TOP ระยะกลาง โดยใช้ หลักเกณฑ์การประเมิน 5 ด้าน

1. ความเกี่ยวข้อง (Relevance):

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุในอีกไม่ช้า ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดูแลระยะกลางในชุมชนได้รับการยอมรับและเล็งเห็นว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้สูงอายุต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งท้ายที่สุด จะช่วยลดภาระของครอบครัวและชุมชนได้ จุดมุ่งหมายของโครงการ S-TOP ในการพัฒนารูปแบบบริการที่ให้บริการอย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงระยะเรื้อรัง ผ่านการดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุนับว่ามีความเกี่ยวข้องอย่างมากในการตอบสนองและรองรับสังคมผู้สงอายุของประเทศไทยที่กำลังจะมาถึง ประสบการณ์การดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นน่าจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศไทย ผ่านการปรับรูปแบบและประยุกต์ใช้ปฏิบัติในพื้นที่โครงการนำร่องตามบริบท ลักษณะ และทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่

การดำเนินโครงการสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ของกระทรวงสาณรณสุข ซึ่งรวมถึง “นโยบายการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ: การดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างไร้รอยต่อ” เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประเทศไทยจากสังคมกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุเข้าสู่สังคมสูงอายุ นโยบายทางการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ ตัวอย่างเช่น “กองทุนฟื้นฟูจังหวัด” และ “กองทุนสุขภาพตำบล” รวมทั้ง “มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ” ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ภายใต้กรอบนโยบายดังกล่าว ทำให้การดูแลระยะกลางถูกนำไปดำเนินงานทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จไว้ ได้แก่ 1) ร้อยละของสถานพยาบาลระดับ M และ F ของจังหวัด ที่ให้บริการการดูแลระยะกลางและดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในรูปแบบผู้ป่วยใน (เตียง/ หอผู้ป่วยระยะกลาง) และ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บทางศีรษะและสมอง และบาดเจ็บทางไขสันหลัง ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 และ/หรือ > 15 ที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป ได้รับการฟื้นฟูระยะกลางและติดตามดูแลเป็นเวลา 6 เดือน หรือ จนกว่าคะแนน BI = 20 ทั้งนี้ ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2563 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานสามารถบรรลุตัวชี้วัดตัวแรกได้ถึงร้อยละ 68.96 และ ร้อยละ 71.21 สำหรับตัวชี้วัดตัวที่ 2

พื้นที่โครงการนำร่องของโครงการ S-TOP ได้รับการคัดเลือกอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงความสมดุลของพื้นที่ในระดับภูมิภาค และผลลัพธ์ของโครงการไจก้าที่ผ่านมา ได้แก่ โครงการ CTOP และ LTOP ซึ่งเป็นการพิจารณาร่วมกันระหว่างฝ่ายไทยและญี่ปุ่น ทั้งนี้ แม้การพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่นำร่องจะไม่เข้มข้นเท่ากับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการดูแลระยะเฉียบพลัน แต่บุคลากรในพื้นที่นำร่องที่เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลระยะกลางสำหรับสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึงและมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการอย่างกระตือรือร้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า แนวคิดและแนวปฏิบัติของการดูแลระยะกลางเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย และมีความท้าทายและความต้องการเกิดขึ้นอยู่ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการดังที่ได้นำเสนอใน "เอกสารการอภิปรายผล" ซึ่งจัดทำขึ้นในการทบทวนระยะกลางนี้ อย่างไรก็ดี คาดว่าโครงการจะสามารถระบุความต้องการสำหรับการดูแลระยะกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านวิชาการ ตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์จากพื้นที่นำร่องได้เน้นย้ำอย่างต่อเนื่องในระหว่างการรวบรวมข้อมูลของการทบทวนระยะกลางนี้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากผู้ประสานงานหลักของโครงการในระดับชาติเช่นกัน นอกจากนี้ คาดว่าโครงการจะสามารถตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้อย่างยืดหยุ่น (ข้อเสนอแนะที่ 1)

โครงการ S-TOP ได้รับการออกแบบอย่างมีเหตุผล กอปรกับข้อดีที่ได้มาจากโครงการก่อนหน้านี้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการใน การพัฒนารูปแบบบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน ในการให้บริการทางการแพทย์ การบำบัดฟื้นฟู และการสนับสนุนทางด้านสังคมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไร้รอยต่อ เพื่อเผยแพร่และขยายไปทั่วประเทศ แนวทาง

ที่มุ่งเน้นความต้องการเป็นหลัก ของแต่ละพื้นที่นำร่องนับว่าสอดคล้องกับ การตอบสนองต่อบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ในขณะเดียวกัน การติดตามความสำเร็จของโครงการในแต่ละพื้นที่นับเป็นอีกหนึ่งความท้าทายเนื่องด้วยจำนวนพื้นที่และวิธีการดำเนินการที่แตกต่างกัน

2. ประสิทธิผล (Effectiveness):

การระบุประเด็นเกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ (ผลผลิตที่ 1) ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ขณะที่ กิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการ (ผลผลิตที่ 2) โดยจากผลของกิจกรรม คาดว่าจะได้มาซึ่งข้อเสนอแนะสำหรับการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ (ผลผลิตที่ 3) ผลสัมฤทธิ์จากของผลที่ได้ทั้ง 3 ประการนี้ คาดว่าจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบริการดูแลที่ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีชุมชนเป็นฐาน ของรัฐบาลไทย (วัตถุประสงค์ของโครงการ) ทั้งนี้ กระบวนการวิเคราะห์ การทดลอง และการพัฒนารูปแบบ ที่มุ่งเน้นสถานการณ์/ความต้องการ มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ใน การพัฒนารูปแบบบริการที่ใช้งานได้จริงสำหรับชุมชนในประเทศไทย

รูปแบบการดูแล/ช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อที่จะพัฒนาขึ้นผ่านกิจกรรมของโครงการ จำเป็นต้องพิจารณาถึงความสามารถในการนำไปใช้งานได้จริง ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการนำไปใช้ในชุมชน เห็นควรให้โครงการพิจารณาชี้แจงกรอบการดำเนินงานของรูปแบบบริการดังกล่าว รวมถึง แนวทางเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือกับชุมชน โดยอาจดำเนินการผ่านกิจกรรมต่างๆ อาทิ การจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ ตามที่โรงพยาบาลบางแห่งในพื้นที่นำร่องได้จัดให้มีขึ้น (ข้อเสนอแนะที่ 2) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่นำร่องก็ควรได้รับการเน้นย้ำและให้ความสำคัญ ในช่วงระยะเวลาที่เหลือของโครงการด้วย

ในมุมมองทางด้านวิชาการพบว่า การจัดทำแนวทางในการพัฒนาบริการการดูแลระยะกลางในขั้นต่อไป อาทิ คำศัพท์เฉพาะทางที่เกี่ยวกับการรักษาที่ครอบคลุมและการปฏิบัติที่สำคัญ ตลอดจนมาตรฐานการประเมินสภาวะสุขภาพ รวมทั้งการจัดทำเอกสาร/ใบปลิวสื่อข้อมูล รูปแบบบริการที่ได้รับการพัฒนาขึ้นและแนวปฏิบัติที่ดีนั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงความสอดคล้องในการสนับสนุนการนำนโยบายระดับชาติด้านการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อไปปฏิบัติด้วย นอกจากนี้ ตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์หลายรายได้ให้สัมภาษณ์ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงการทบทวนโครงการระยะกลางที่ผ่านมาพบว่า การชี้แจงและอธิบายหน้าที่ระหว่างงานการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว ตลอดจนบริการมาตรฐานในการดูแลอย่างไร้รอยต่อใน รพ.สต. และในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น น่าจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ (ข้อเสนอแนะที่ 3)

3. ประสิทธิภาพ (Efficiency):

โครงการได้รับการสนับสนุนและผลักดันการจัดบริการการดูแลระยะกลางไปสู่การปฏิบัติ ด้วยศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่นำร่อง ผนวกกับแนวคิดด้านการดูแล/สนับสนุนอย่างไร้รอยต่อตามแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้ ได้มีการรวบรวมแนวปฏิบัติที่ดีและบทเรียนที่ได้เรียนรู้เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบ เพื่อสนับสนุนการนำไปปฏิบัติทั่วประเทศ เพื่อรองรับต่อสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง บุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการ ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและการเงิน ทั้งนี้ การฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่นได้รับการกล่าวถึงอย่างมากจากผู้เข้าร่วมที่ได้พบปะพูดคุยระหว่างการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง แม้ระบบการดูแลสุขภาพและการประกัน รวมทั้ง ภูมิหลังทางเศรษฐกิจสังคม และทรัพยากรที่มีอยู่ตลอดจนปัจจัยอื่นๆ ของประเทศไทยและญี่ปุ่นจะมีความแตกต่างกันก็ตาม

ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2563 กิจกรรมโครงการได้ดำเนินไปตามแผนที่วางไว้ แม้จะมีความล่าช้าเล็กน้อยในบางกิจกรรม ด้วยการสนับสนุนเชิงนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ทั้งในส่วนกลางและท้องถิ่น เครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความเข้มแข็งซึ่งสร้างขึ้นในช่วงโครงการก่อนหน้านี้ และปัจจัยอื่นๆ อย่างไร ก็ตาม การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้โครงการจำเป็นต้องมีการทบทวนและแก้ไขกรอบดำเนินงาน รวมถึงกรอบเวลาและกิจกรรมต่างๆ การแพร่ระบาดฯ ได้ส่งผลกระทบและยังคง

ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของสถานพยาบาล ตลอดจนการระดมทรัพยากรบุคคลและการเงินของชุมชน (ข้อเสนอแนะที่ 4) ต่อไป

การประสานงานและติดตามกิจกรรมของพื้นที่นำร่องนับเป็นความท้าทายสำหรับโครงการ เนื่องด้วยมีจำนวนพื้นที่นำร่องและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก การประสานงานอย่างเป็นระบบระหว่างสำนักงานโครงการหน่วยงานผู้ประสานงานหลัก ในระดับประเทศและในพื้นที่นำร่อง และการแบ่งปันข้อมูลที่จำเป็น นับเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินกิจกรรมโครงการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมที่มากขึ้นของหน่วยงานบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกรอบแนวทางการประสานงาน/การติดตามในระดับจังหวัด จะนำไปสู่ความยั่งยืนของกิจกรรมโครงการในระยะยาว (ข้อเสนอแนะที่ 5)

แบบฟอร์มเอกสารการติดตาม (แบบฟอร์ม 4) เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการติดตามกิจกรรมและความคืบหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของแต่ละโรงพยาบาลเครือข่าย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป้าหมาย/แผนงานที่กำหนดโดยแต่ละโรงพยาบาลและรูปแบบการติดตามที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งรูปแบบการกรอกข้อมูลในเอกสารติดตามที่ให้ผู้รายงานกรอกข้อมูลได้ตามที่เห็นชอบ จึงเป็นเรื่องยากสำหรับโครงการและผู้ประสานงานหลักในส่วนกลางที่จะนำมาวิเคราะห์ความคืบหน้าของกิจกรรมโครงการได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้น จึงเสนอให้โครงการทบทวนแบบติดตามผล รวมถึงการชี้แจงและคำอธิบายข้อมูลตัวเลข อาทิ จำนวนผู้ป่วยที่รับการดูแลระยะกลาง (ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรับการดูแลที่บ้าน) ผลการประเมินความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และผลการประเมินคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีมาตรฐาน (ข้อเสนอแนะที่ 6)

4. ผลกระทบ (Impact):

การใช้ประโยชน์จากรูปแบบบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาโดยโครงการ (เป้าหมายรวม) ในระดับประเทศนั้น คาดว่าน่าจะถูกไปใปปฏิบัติโดยการริเริ่มของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในส่วนของการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องและการนำไปปรับใช้ภายใต้ภารกิจของหน่วยงาน ดังที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อข้างต้น การอธิบายกรอบงานที่ชัดเจนและการวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ได้จากพื้นที่นำร่องระหว่างการพัฒนารูปแบบบริการ รวมถึง การจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวกับการดูแลระยะกลางและเอกสาร/ใบปลิวสื่อข้อมูลรูปแบบบริการที่ได้รับการพัฒนาขึ้นและแนวปฏิบัติที่ดีนั้น น่าจะช่วยส่งเสริมการเผยแพร่และขยายพื้นที่บริการตามต้นแบบไปยังพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ

เนื่องจากโครงการก้าวเข้าสู่ช่วงกลางของระยะเวลาการดำเนินโครงการ ความคาดหวังในการนำต้นแบบบริการไปใช้ทั่วประเทศ รวมทั้งจำนวนพื้นที่ ซึ่งจะใช้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จตามเป้าหมายโดยรวมของโครงการตามที่ระบุไว้ในแผนงานโครงการ (PDM) นั้น ควรได้รับการพิจารณาร่วมกับหน่วยงานที่เป็นผู้ประสานงานหลักของโครงการ

อย่างไรก็ตาม ผลสัมฤทธิ์ของเป้าหมายโดยรวมน่าจะได้รับผลกระทบจากนโยบายของรัฐบาล รวมทั้ง ทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานพยาบาลในระดับปฏิบัติการและในชุมชน นอกจากนี้ การฟื้นตัวจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และ/หรือ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออื่น ๆ ตลอดจนปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่อาจทำให้ลำดับความสำคัญของบริการการดูแลผู้สูงอายุลดลง ก็อาจส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายโดยรวมของโครงการได้ด้วยเช่นกัน

กิจกรรมของโครงการอาจเสริมสร้างศักยภาพในการบริหารจัดการของสถานพยาบาลในพื้นที่นำร่องได้โดยการปรับปรุงระบบ การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ต้นทุน และมิติอื่นๆ ซึ่งจะนำไปสู่การให้บริการที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่มในที่สุด ทั้งนี้ จากการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง ไม่ปรากฏผลกระทบเชิงลบ

5. ความยั่งยืน (Sustainability):

ด้วยแนวทางของโครงการในการพัฒนารูปแบบโดยมีชุมชนเป็นฐานในการให้บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ เป็นไปตามลักษณะของพื้นที่และความจำเป็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ของโครงการในแต่ละพื้นที่นำร่องน่าจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาต่อยอดได้ โดยการสนับสนุนเชิงนโยบายของหน่วยงานส่วนกลางและท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง แม้จะมีความกังวลเกี่ยวกับความพร้อมในด้านทรัพยากรทางการเงินและทรัพยากรบุคคลของสถานพยาบาลในระดับปฏิบัติงาน

แต่คาดว่า ความพร้อมทางการเงินและทรัพยากรบุคคลนั้น จะเพิ่มขึ้นตามต้องการ การตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ระหว่างการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลางพบว่า ความตระหนักและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในสถานพยาบาลในพื้นที่ต่อบริการการดูแลผู้สูงอายุที่ไร้รอยต่อ อยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ยังมีความกังวลเรื่องอัตราการรักษาบุคลากรทางการแพทย์ที่ลดลง เนื่องจากความไม่มั่นคงในงาน การกำหนดและเปิดตำแหน่งการจ้างงานที่มีความมั่นคงมากขึ้นให้กับบุคลากรในสถานพยาบาล น่าจะช่วยเสริมสร้างให้เกิดความมุ่งมั่นอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบริการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อ

จากข้อมูลที่รวบรวมพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ อาจจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่นำร่องบางแห่ง ดังนั้น จึงเป็นมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการดึงความมีส่วนร่วมของชุมชนในท้องถิ่น โดยประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และหน่วยงานในพื้นที่ ในช่วงเวลาที่เหลือของโครงการเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของผลลัพธ์โครงการต่อไป (ข้อเสนอแนะที่ 7)

ทั้งนี้ เชื่อว่ารัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อเป็นลำดับต้นๆ โดยการจัดสรรทรัพยากรทางการเงินและทรัพยากรบุคคล อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์เร่งด่วนและสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อาทิ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจส่งผลกระทบเชิงลบต่อความยั่งยืนของโครงการในอนาคต

สรุปข้อเสนอแนะต่อโครงการ

1) แนวคิดและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลระยะกลางเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย ซึ่งจะมีความท้าทายและความต้องการต่างๆ เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ ดังนั้น โครงการจึงจำเป็นต้องระบุความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะกลาง อย่างต่อเนื่อง ทั้งจากพื้นที่นำร่องและผู้ประสานโครงการจากส่วนกลาง และตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวอย่างยืดหยุ่น
2) จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ได้จากพื้นที่นำร่องโครงการ พบว่า กรอบแนวคิด "รูปแบบการบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน" สำหรับบริการ ที่ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่นำร่องนั้น สามารถนำไปถ่ายทอดและส่งเสริมให้เกิดการนำไปปฏิบัติในชุมชนอื่นๆ ได้
3) การจัดทำแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งอาจรวมถึงคำศัพท์เฉพาะด้านการรักษาและการปฏิบัติที่สำคัญ อย่างครอบคลุมตลอดจนมาตรฐาน การประเมินภาวะสุขภาพ และเอกสาร/ใบปลิวสื่อข้อมูลรูปแบบบริการที่ได้รับการพัฒนาขึ้นและแนวปฏิบัติที่ดีนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการนำนโยบายระดับชาติด้านการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อไปปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังมีข้อสังเกตว่า การชี้แจงและอธิบายหน้าที่ระหว่างงานการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวที่ชัดเจนตลอดจนบริการมาตรฐานในการดูแลอย่างไร้รอยต่อใน รพ.สต. และในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น น่าจะช่วยสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
4) จำเป็นต้องมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนกรอบดำเนินงาน รวมถึงกรอบเวลาและกิจกรรมต่างๆ เนื่องด้วยผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19
5) โครงการจำเป็นต้องมีความเข้าใจที่ตรงกันและชัดเจน เกี่ยวกับเส้นทางของการสื่อสาร/การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีจำนวนมากและมีความหลากหลาย นอกจากนี้ ควรพิจารณาเพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยงานบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในระดับจังหวัดเพิ่มขึ้น
6) เสนอให้โครงการทบทวนแบบติดตามผลที่ใช้ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความคืบหน้าของกิจกรรมโครงการได้อย่างเป็นระบบ รวมถึง ความชัดเจนของข้อมูลตัวเลข อาทิ จำนวนผู้ป่วยที่รับการดูแลระยะกลาง (ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรับการดูแลที่บ้าน) ผลการประเมินความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และผลการประเมินคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีมาตรฐาน
7) ควรให้ความสำคัญกับการดึงความมีส่วนร่วมของชุมชนในท้องถิ่น โดยประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และหน่วยงานในพื้นที่ ในช่วงเวลาที่เหลือของโครงการ เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของผลลัพธ์โครงการต่อไป

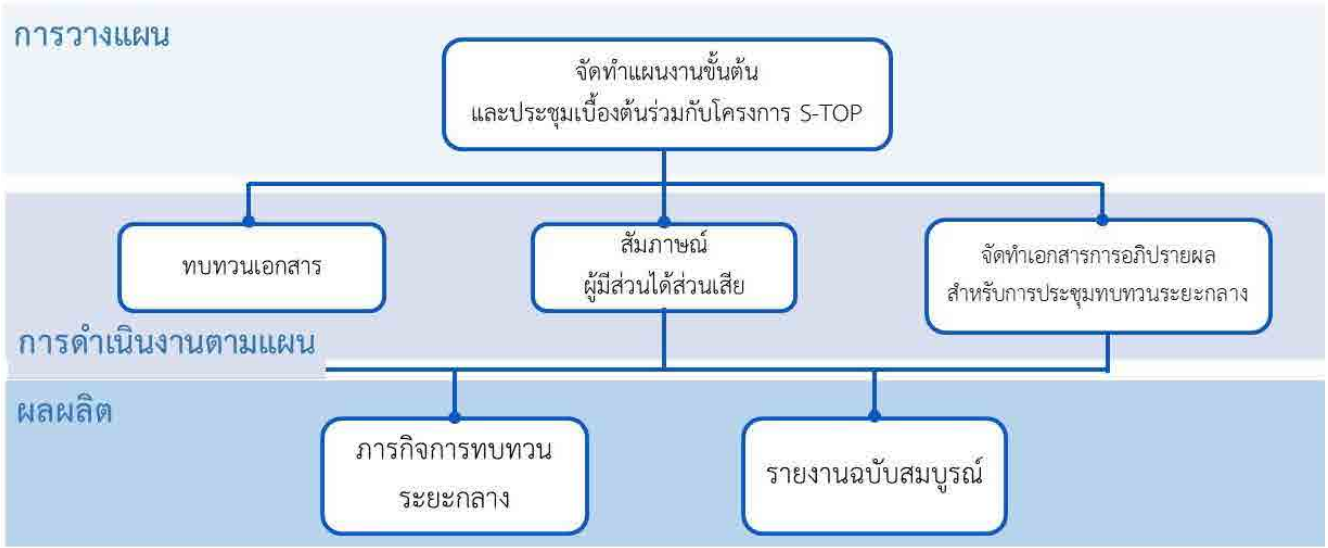
ภาคผนวก 6

ข้อมูลการนำเสนอ

การทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง การอภิปรายผล

โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (โครงการ S-TOP)

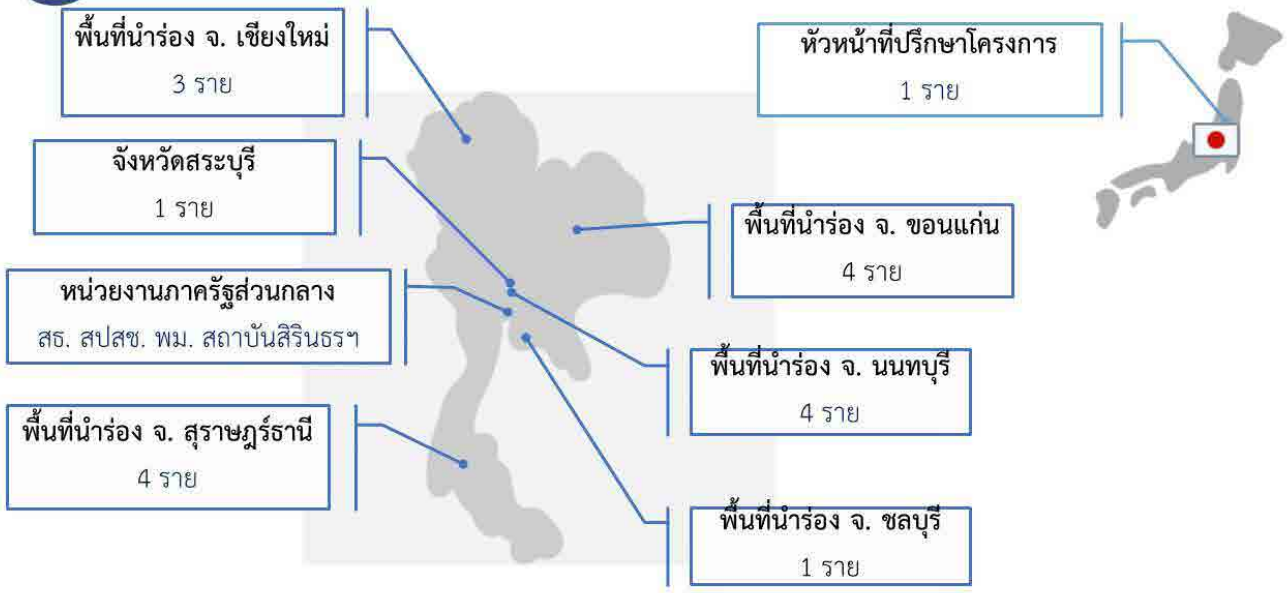
โครงสร้างการทบทวนการดำเนินโครงการระยะกลาง



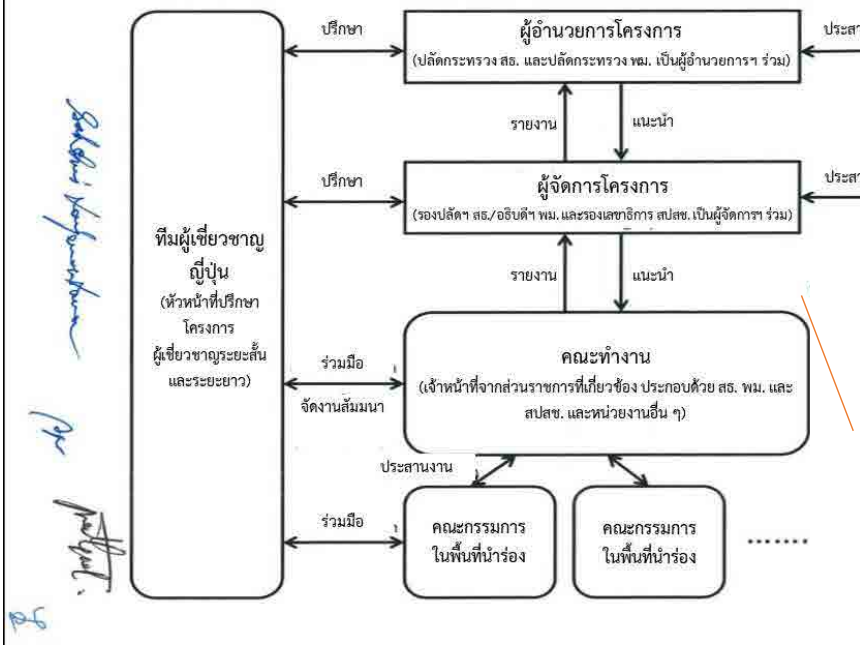
รายการเอกสารสำหรับการทบทวน

ประเภทข้อมูล	ชื่อเอกสาร
ข้อมูลการดำเนินงานทั่วไปของโครงการ	เอกสารติดตามโครงการไจก้า (ทุก 6 เดือน) รายงานประจำเดือนของโครงการ (ภาษาญี่ปุ่น)
ข้อมูลจากพื้นที่นำร่อง	เอกสารตัวที่ 1 แผนผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เอกสารตัวที่ 2 ข้อมูลสำคัญ เอกสารตัวที่ 3 เอกสารการวิเคราะห์สถานการณ์ แผนปฏิบัติงานของ 8 พื้นที่นำร่อง (พาวเวอร์พอยท์) เอกสารตัวที่ 4 แผนกิจกรรมและตารางรายงานความคืบหน้ารายไตรมาส
ข้อมูลจากภาครัฐส่วนกลาง	คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยกระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นเมื่อเดือนมกราคม 2562 เอกสารอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งมอบผ่านโครงการ เอกสารอื่น ๆ จากทางโครงการ

การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (15 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2563)



โครงสร้างการดำเนินงานโครงการ



รายละเอียดมีดังนี้

- **กระทรวงสาธารณสุข; สำนักปลัดฯ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต**
- **กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**
- **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
- **สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด 7 จังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 7 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 24 แห่ง และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 แห่ง จาก 8 พื้นที่นำร่อง**
- **พื้นที่ศักยภาพ 2 แห่ง (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ และโรงพยาบาลขุนตาล)**
- **องค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง**

ผลสัมฤทธิ์ ณ ปัจจุบัน...

ด้านนโยบาย

- **สัมมนาวิชาการระดับชาติ (2 ครั้ง)** : อาทิ การหารือร่วมกันระหว่างผู้บริหารกระทรวง นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการดูแลที่ไร้รอยต่อและแนวทางการพัฒนาเพื่อนำไปใช้ทั่วประเทศ
- **การฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น ด้านนโยบาย**
- Invitation Program
- **การประชุมคณะทำงาน** : อาทิ การหารือเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการในการพัฒนารูปแบบเพื่อนำไปเผยแพร่ในระดับประเทศ
- **การประชุมร่วมกับ สธ.** : อาทิ การหารือเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการการดูแลระยะกลาง การพัฒนาบุคลากร การเงิน ฯลฯ
- **การประชุมร่วมกับ พม.** : อาทิ การหารือเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรของ พม. ในการส่งเสริมบริบทการดูแลระยะกลาง
- **การประชุมร่วมกับ สปสช.** : อาทิ การหารือเกี่ยวกับงบประมาณของประเทศสำหรับการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว เพื่อขยายการจัดบริการดังกล่าวทั่วประเทศ

ด้านวิชาการ

<u>การประยุกต์ใช้ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่นและการสัมมนาในประเทศไทย</u>

- แนวทางการทำงานเป็นทีม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพใช้กรอบแนวคิด ICF* ในการดำเนินงานในโรงพยาบาลบางแห่ง
- ใช้ “สมุดบันทึกผู้ป่วยรายบุคคล” สำหรับการบริหารจัดการข้อมูลในโรงพยาบาล A
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการตัดสินใจผ่านการจัด “ประชุมทีมสมาชิกครอบครัว” ในหลายโรงพยาบาล
- การจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน เพื่อให้บริการการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว ในพื้นที่นำร่องบางแห่งด้วยความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

*บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (องค์การอนามัยโลก)

เนื้อหา

1. การส่งมอบบริการการดูแลระยะกลาง
2. บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง
3. การเงินสำหรับการดูแลระยะกลาง
4. บริการการดูแลระยะกลาง
5. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
6. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวในการดูแลอย่างไร้รอยต่อ โครงการ S-TOP
7. การดำเนินงานของโครงการ S-TOP



Photos from Nakhon Ratchasima pilot site presentation presented on the 3rd JCC meeting

1.1 บทบาทของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในการให้บริการที่ไร้รอยต่อ

โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป

ระยะเฉียบพลัน	ระยะกลาง	ระยะยาว
• การรักษาระยะเฉียบพลันด้านการฟื้นฟู • การประสานงานบริการการดูแลอย่างไร้รอยต่อในจังหวัด • ความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อสร้างเครือข่ายระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง • การหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดทำแผนงานที่เหมาะสมและดำเนินงานเกี่ยวกับบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ ตามแผน	• กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางและการให้คำปรึกษาที่จำเป็น • การสนับสนุนทางด้านวิชาการและการติดตามบริการการดูแลระยะกลาง • การมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลระยะกลาง	• การพัฒนาระบบสำหรับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีและการจัดการข้อมูลในระดับจังหวัด • การดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น ในโรงพยาบาลชุมชนและ รพสต.

>> การริเริ่มเกี่ยวกับการส่งต่อข้อมูล >>

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

ส่งเสริมและสนับสนุนการถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของผู้ให้บริการการดูแลระยะกลาง

ส่งเสริมระบบความร่วมมือของประเทศญี่ปุ่นในการให้บริการดูแลระยะกลางในชุมชน

แบ่งปันบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากประเทศญี่ปุ่นเกี่ยวกับการแบ่งบทบาทและหน้าที่อย่างชัดเจนทั้งในระดับนโยบายและระดับผู้ปฏิบัติ

1.2 ปริมาณของบริการการดูแลระยะกลาง (อุปสงค์และอุปทาน)

โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่สามารถให้บริการการดูแลระยะกลางได้

- มีเครื่องมืออุปกรณ์จำกัด
- ศักยภาพทางด้านวิชาการไม่เพียงพอ
- บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับบริการการดูแลระยะกลางแตกต่างจากจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับบริการการดูแลระยะกลางได้ จนสิ้นสุดระยะเวลา

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และจัดหาแหล่งงบประมาณที่เพียงพอ
- เพิ่มการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลอื่น ภายใต้กำกับกระทรวงต่าง ๆ
- พัฒนาระบบการจ่ายเงินเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลประเภทอื่น

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

สนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างความตระหนัก

แนะนำและแบ่งปันข้อดีและข้อเสียของระบบบริการการดูแลที่ไร้รอย ทั้งการส่งมอบบริการ ทรัพยากรบุคคล และการเงิน ของประเทศญี่ปุ่น

1.3 คุณภาพของบริการการดูแลระยะกลาง 1.3.1 การเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่ช่วงแรก

การฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ช่วงแรกอย่างมีประสิทธิภาพ

- การประเมินกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ารับการดูแลระยะกลาง
- การปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- การระบุปัญหา
- การระบุและวางแผนเป้าหมาย
- การให้บริการโปรแกรมฟื้นฟูระยะเฉียบพลัน

จำนวนทรัพยากรบุคคล

การบริหารทรัพยากรบุคคลของแต่ละโรงพยาบาล

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- ร่วมมือกับแผนกประสาทวิทยา ศัลยกรรมประสาท และออร์โธปิดิกส์ ในการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะกลาง
- ปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัด เพื่อพัฒนาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ และออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

ให้คำแนะนำและการสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ S-TOP เพื่อระบุ/กำหนดความหมายและคำอธิบายที่ชัดเจนของการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

1.3 คุณภาพของบริการการดูแลระยะกลาง : 1.3.2 การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Barthel Index (BI)

- ไม่ครอบคลุมความสามารถบางด้าน
- มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์จำกัด
- มีความเชี่ยวชาญในประเด็นดังกล่าวไม่เพียงพอและปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น

ดัชนีและเครื่องมือประเมินรูปแบบอื่นที่เหมาะกับบริบทของประเทศไทย

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- จำเป็นที่จะต้องสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยการฝึกอบรมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- ใช้เครื่องมือเดียวกันสำหรับการประเมิน ADL ในการดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะยาว เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลได้บนพื้นฐานข้อมูลชุดเดียวกัน
- แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรฯ ซึ่งรวมแบบประเมิน FIM IADL และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D ไว้ด้วยกัน อาจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกเพื่อนำไปใช้ในโรงพยาบาล

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

สนับสนุนทางด้านวิชาการเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการประเมินผล

จำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญและเลือกพื้นที่นำร่องและกลุ่มเป้าหมายเพื่อประเมิน ADL และ/ หรือ QOL

1.3 คุณภาพของบริการการดูแลระยะกลาง: 1.3.3 การทำงานเป็นทีม

ความท้าทาย

- ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล
- การรวบรวมและแบ่งปันข้อมูล
- การหารือและความร่วมมือระหว่างสมาชิกในทีม

แนวทางแก้ปัญหา

- ใช้กรอบแนวคิดบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (ICF)
- การทำงานแบบทีมบูรณาการข้ามสาขาวิชา

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ครอบคลุมคุณภาพชีวิตในมุกมิติ
- จัดฝึกอบรมทางด้านวิชาการให้กับบุคลากรทางการแพทย์และส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เพิ่มเติมจากหลักสูตรระดับปริญญาตรี ด้านกิจกรรมบำบัดและการแก้ไขการพูดในระดับชาติ
- พิจารณารูปแบบการทำงานเป็นทีมที่หลากหลาย และปรับใช้แต่ละรูปแบบอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล
- พัฒนาผู้จัดการการดูแล สำหรับการจัดบริการดูแลอย่างไร้รอยต่อ ร่วมกับทีมงานในโรงพยาบาลชุมชน

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

ส่งเสริมแนวทางการทำงานเป็นทีม โดยจัดส่งผู้เชี่ยวชาญระยะสั้นชาวญี่ปุ่น อาทิ 1.) นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ (MSW) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำงานเป็นทีมสำหรับการดูแลระยะกลางในญี่ปุ่น และ 2.) นักกิจกรรมบำบัดและนักแก้ไขการพูด มาร่วมฝึกปฏิบัติงานเพื่อถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์

1.3 คุณภาพของบริการการดูแลระยะกลาง: 1.3.4 แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG)

กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข + กรมการแพทย์

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางอย่างเป็นทางการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานการดูแลระยะกลางในประเทศไทย

กรมการแพทย์อยู่ระหว่างการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลระยะกลาง ซึ่งเพิ่มมุมมองด้านการดูแลแบบประคับประคองและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยคาดว่าจะนำไปใช้ในพื้นที่นำร่องได้ภายใน**ปีงบประมาณ 2564**

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

กรอบการทำงานเชิงบูรณาการ ในการจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลสุขภาพ ภายใต้การกำกับดูแลของกองบริหารการสาธารณสุขและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

สนับสนุนและให้คำแนะนำทางด้านวิชาการ ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ สำหรับการดำเนินงานในพื้นที่นำร่องและในระดับประเทศ โดยใช้ประโยชน์จากประสบการณ์การบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อในประเทศญี่ปุ่น

1.3 คุณภาพของบริการการดูแลระยะกลาง : 1.3.5 ความต่อเนื่อง/ ความถี่ในการเข้ารับบริการดูแลระยะกลางของผู้ป่วย

ความท้าทายในการให้บริการการดูแลระยะยาวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

- ทรัพยากรบุคคลจำกัด
- การเงิน
- ความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
- สภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วยในพื้นที่นำร่อง

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

ควรพัฒนาทุกมิติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล การเงิน และความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

แบ่งปันประสบการณ์กรณีศึกษาในผู้ป่วยให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินงานของไทย ทั้งในส่วนกระบวนการการฟื้นฟูและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อสังเกตความแตกต่างระหว่างบริบทไทยและญี่ปุ่น

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทายร่วมใน 1.) การส่งมอบบริการการดูแลระยะกลาง

การสร้างการรับรู้และความเข้าใจของแพทย์ในโรงพยาบาลทุกระดับ มีความสำคัญอย่างยิ่ง

พิจารณาการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ ทั้งในระดับจังหวัดและพื้นที่ให้บริการ โดยคำนึงถึงประเด็นย่อยทั้ง 5 ข้อ เพื่อให้บริการการดูแลระยะกลางมีคุณภาพ

แนวทางการสนับสนุนร่วมของโครงการ S-TOP

เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ระหว่างพื้นที่นำร่อง

ส่งเสริมการเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติและตัวอย่างที่ดีของพื้นที่นำร่อง ไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ในประเทศไทย

จัดตั้งสถาบันฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับภูมิภาคในระยะยาว

สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของโครงการ S-TOP

2. บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลาง



ภาพจากไฟล์การนำเสนอของโรงพยาบาลศูนย์ราชพฤกษ์ธานีในการประชุมคณะกรรมการอำนวยการโครงการ ครั้งที่ 2

2.1 บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับประเทศ

ความท้าทาย

- จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับการดูแลระยะกลางไม่เพียงพอ
- ศักยภาพทางด้านวิชาการมีจำกัด
- หลักสูตรทางการแพทย์ในมหาวิทยาลัยมีจำนวนน้อย
- จำนวนสถาบันวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในประเทศไทยมีจำกัด

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- ประเมินความต้องการและจัดทำแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของแต่ละสาขาอาชีพในอนาคต
- ร่วมมือกับภาคการศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระยะยาว
- จัดทำมาตรฐานโปรแกรมการฝึกอบรมหลักสูตรเพิ่มเติมจากระดับปริญญาตรีสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- เสริมสร้างความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- สนับสนุนทางด้านวิชาการแก่หน่วยงานภาครัฐของไทยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับกำลังคนขั้นต่ำที่จำเป็นต่อการดำเนินการดูแลระยะกลาง

2.1 บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP

ความท้าทาย

- จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางไม่เพียงพอ
- อัตราการคงอยู่ของบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐและ รพสต. อยู่ในระดับต่ำ
- ภาระความรับผิดชอบในการให้บริการมักเป็นหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งมีภาระงานที่มากเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP



จัดส่งผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ของญี่ปุ่นไปบรรยายและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้กับพื้นที่นำร่อง



จัดทำประมาณการจำนวนทรัพยากรบุคคลที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในแต่ละระดับของโรงพยาบาล โดยอิงจากแนวทางของประเทศญี่ปุ่น



กระตุ้นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานอื่น ๆ อาทิ สภาการพยาบาล และส่งเสริมการดูแลระยะกลาง

2.1 บุคลากรสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- จัดทำโปรแกรมฝึกอบรมในระหว่างการปฏิบัติงานจริง (on-the-job training) ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาทรัพยากรบุคคลระดับเชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานทดแทนนักกิจกรรมบำบัดและนักแก้ไขการพูดได้ ในบางส่วน
- ใช้ประโยชน์จากการแพทย์แผนไทย ผ่านการปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- ให้ความสำคัญกับการเพิ่มอัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรด้านอื่น ๆ
- พัฒนาศักยภาพและสร้างความตระหนักด้านการดูแลระยะกลางให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุ



3. การเงิน สำหรับการดูแลระยะกลาง

ภาพจากไฟล์การนำเสนอของพื้นที่นำร่องจังหวัดนนทบุรีในการประชุมคณะกรรมการอำนวยการโครงการ ครั้งที่ 3

3.1 การเงินสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับประเทศ

ความท้าทาย: ไม่มีการจัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะ สำหรับบริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ความท้าทาย

- หารือเพิ่มเติมระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณและระบบการจ่ายเงินที่เหมาะสม
- รวมการดูแลระยะกลางเข้าไว้ใน DRG อย่างชัดเจนและกำหนดกรอบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการให้บริการจริง
- คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามหลักความคุ้มทุน
- ขยายระบบการจ่ายเงินเพิ่มเติม ในเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 แห่ง
- ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลระยะยาวในอนาคตจะลดลง จากผลลัพธ์และความก้าวหน้าของบริการการดูแลระยะกลาง

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

แนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพทางการแพทย์ ระบบประกันการดูแลระยะยาว และประสบการณ์ของประเทศญี่ปุ่น

พิจารณานโยบายและกรอบการทำงานด้านบริการทางการแพทย์ของญี่ปุ่น ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตามบริบทและศักยภาพของระบบการแพทย์ไทย

3.2 การเงินสำหรับการดูแลระยะกลางในระดับพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP

โรงพยาบาล + สสจ.

- ประสานงานกับแผนกต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาด้านการเงิน
- ส่งเสริมการบริจาคจากชุมชน
- รับผู้ป่วยที่ยินดีจ่ายเพิ่มด้วยตนเอง เพื่อดำเนินการดูแลระยะกลาง

จำนวนเงินจ่ายเพิ่มในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง เลือกที่จะไม่จัดบริการการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน

รัฐบาลไทยอยู่ระหว่างการพิจารณางบประมาณที่เหมาะสมสำหรับการดูแลระยะกลางและจะเริ่มใช้ชุดงบประมาณใหม่สำหรับการดูแลระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยนอกและที่บ้านในปีงบประมาณ 2564

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- ระดมทุนผ่านองค์กรการกุศล มูลนิธิ และกองทุนชุมชน เพื่อหาแหล่งเงิน สำหรับการดำเนินการการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาล
- มีความพยายามและส่งเสริม/สนับสนุนทางด้านการเงินเพื่อการดูแลระยะกลางอย่างกระตือรือร้นและต่อเนื่องให้กับ สสจ. และ สปสช. เขต

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- หารือร่วมกับ สปสช. เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุน ทั้งในระดับประเทศและการปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง
- จัดส่งข้อมูลที่รวบรวมได้จากการติดตามและประเมินผลกิจกรรมของพื้นที่นำร่องให้กับ สปสช. อย่างสม่ำเสมอ

4. การดูแลระยะยาว



ภาพจากไฟล์การนำเสนอของพื้นที่นำร่องจังหวัดภูเก็ตในการประชุมคณะกรรมการอำนวยการโครงการ ครั้งที่ 3

4.1 การส่งมอบบริการ

ประเด็น

- อาสาสมัครควรมีบทบาทในการดูแลระยะยาวมากขึ้น
- การดูแลระยะยาวครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม รวมทั้ง ชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- ความร่วมมือและการประสานงานข้ามองค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- สร้างมาตรฐานและรูปแบบของบริการการดูแลระยะยาว
- ระบุบทบาทของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

ให้คำแนะนำและแบ่งปันบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานให้บริการการดูแลในศูนย์ดูแลตอนกลางวันของประเทศญี่ปุ่น

4.2 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ความท้าทาย

- ขาดแคลนทรัพยากรบุคคล
- ต้องการอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุอีกจำนวนมาก

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุภายใต้โครงการของกระทรวง พม. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- พัฒนาและเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุและ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- พิจารณาถึงความจำเป็นในการจัดหารางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจและรักษาระบบอาสาสมัครให้ยั่งยืน

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

ให้ความช่วยเหลือในการประมาณการณ์จำนวนบุคลากรที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับการให้บริการการดูแลระยะยาว ในระยะยาว

4.3 การเงินสำหรับการดูแลระยะยาว

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- ใช้งบประมาณสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนจากกระทรวงมหาดไทย และกระทรวง พม. เพื่อเพิ่มงบประมาณสำหรับการดูแลระยะยาว
- แสดงให้รัฐบาลเห็นว่า การดูแลระยะยาวมีประโยชน์อย่างไรต่อการลดภาระการบริการทางการแพทย์ในระยะเฉียบพลัน

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

สนับสนุนการอำนวยความสะดวกเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวง พม. และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานสำหรับบริการการดูแลระยะยาว ทั้งในระดับพื้นที่นำร่องและระดับประเทศ

4.4 ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเป็นหุ้นส่วนกับชุมชนในพื้นที่

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- เพิ่มความตกลงร่วมกับหน่วยงานในระดับท้องถิ่น เพื่อพัฒนากลไกการจัดบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ
- เสริมพลังให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือโดยเฉพาะในการดูแลระยะยาว
- เพิ่มการเข้าถึง พชอ. และ สสจ. เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนการทำงานในรูปแบบ พชอ.

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว แนวทางปฏิบัติที่ดี และบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากพื้นที่นำร่อง
- ส่งเสริมกิจกรรมขั้นสูงในบางพื้นที่นำร่องและเผยแพร่ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ทั่วประเทศ
- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในโครงการฝึกอบรมต่าง ๆ รวมถึงการฝึกอบรมในประเทศญี่ปุ่น
- เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยเข้าเยี่ยมคารวะเพื่อแนะนำโครงการและเชิญเข้าร่วมสัมมนาและการฝึกอบรมต่าง ๆ
- เสริมสร้างความตกลงร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน



5.1 ระบบการส่งต่อข้อมูล

ความท้าทาย: พื้นที่นำร่องบางแห่งมีปัญหาในการใช้งาน ระบบ Thai COC และ Thai refer เนื่องจากระบบดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่มีความซับซ้อนและต้องการทักษะจำเพาะ

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- ควรมีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในแต่ละโรงพยาบาล
- ปรับปรุงระบบ Thai COC เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ ทั้งในโรงพยาบาลชุมชน รพสต. และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน
- พัฒนาระบบส่งข้อมูลย้อนกลับ เพื่อสะท้อนผลการใช้งานของผู้ใช้เครื่องมือ อาทิ ระบบ Thai COC ให้กับผู้พัฒนาระบบ
- ใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน อาทิ เครื่องมือสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระหว่างการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว
- พัฒนาศักยภาพของผู้ใช้ระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อสนับสนุนการบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

ให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อและการประชุมประจำ

จัดให้มีกิจกรรมแบ่งปันบทเรียนที่ได้เรียนรู้ในระดับปฏิบัติงานและสร้างโอกาสในการหารือระหว่างฝ่ายไทยและผู้ปฏิบัติงานชาวญี่ปุ่น

ให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อขยายการเข้าถึงระบบข้อมูลการส่งต่อไปยังผู้ให้บริการดูแลระยะยาว

5.2 ความร่วมมือทางวิชาการระหว่างโรงพยาบาลและผู้ให้บริการการดูแลระยะยาวอื่น ๆ

ความท้าทาย: พื้นที่นำร่องใหม่ของโครงการ S-TOP ดูเหมือนกำลังเผชิญกับความท้าทายในการพัฒนาความร่วมมือและสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสนับสนุนและให้ความร่วมมือทางวิชาการ รวมถึงข้อมูลการส่งต่อ

โอกาส: การแพทย์ทางไกลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถนำไปปรับใช้สำหรับการดูแลและสนับสนุนทางเทคนิคของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ให้กับโรงพยาบาลชุมชน และ รพสต.

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสามารถให้การสนับสนุนทางวิชาการและกำกับดูแลการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลชุมชน และ รพสต.
- โรงพยาบาลชุมชนสามารถทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ รพสต. และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน
- การจัดตั้งสถาบันฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในระดับภูมิภาค ที่มีบทบาทและหน้าที่ในการจัดการความรู้ทางด้านวิชาการ

5.3 ข้อมูลย้อนกลับจากการดูแลระยะยาวเข้าสู่การรักษาในระยะเฉียบพลันและการดูแลระยะกลาง

ประเด็นสำคัญสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปคือ การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวทั้งหมดของผู้ป่วย ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากการรักษาแล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย อันเป็นผลมาจากการได้รับบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดการดูแล ทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง และระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาในทางปฏิบัติและประเด็นที่เกิดขึ้นในชุมชนได้อย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตาม ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่นำร่องต่อประเด็นดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการหารืออย่างรอบคอบ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ของทรัพยากรที่มีอยู่และการบริหารจัดการที่จำเป็น



6

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวในการดูแลอย่างไร้รอยต่อ โครงการ S-TOP

ภาพจากไฟล์การนำเสนอของพื้นที่นำร่องจังหวัดภูเก็ตในการประชุมคณะกรรมการอำนวยการโครงการ ครั้งที่ 3

6.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ความท้าทาย: การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสม การรักษาแรงจูงใจ และการสร้างความรู้สึกความเป็นเจ้าของในการฟื้นฟูความสามารถเพื่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่บ้าน

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- พิจารณาการตัดสินใจใน 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับครอบครัว สำหรับการตั้งเป้าหมายส่วนบุคคลและการปรับรูปแบบบริการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายบุคคล และ 2) ระดับชุมชน สำหรับรูปแบบบริการและกิจกรรม/ บริการที่จะจัดให้กับผู้ป่วย
- วิเคราะห์ความท้าทายในรายละเอียดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการตัดสินใจและทำความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวระหว่างการประชุมและการปรึกษาหารือร่วมกัน
- ติดตามและประเมินผลว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวนั้นมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือไม่ อย่างไร

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

จัดทำตารางกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จนถึงระยะกลาง ตลอดจนถึงการฟื้นฟูในระยะยาว

6.2 การพัฒนา/ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ

ความท้าทาย

- การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และ/หรือบุคลากรเฉพาะทาง ด้านการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว
- ความเข้าใจเรื่องการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัว มีความแตกต่างกัน
- บางครั้งพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมฝึกอบรมหรือประชุมเชิงปฏิบัติการ ไม่ใช่ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการที่บ้าน

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- จัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
- สร้างความตระหนักด้านการดูแลระยะกลางและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัว
- พัฒนาสื่อการสอนและสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง
- สร้างช่องทางการให้คำปรึกษา ในกรณีที่อาจเกิดปัญหาในการทำความเข้าใจและการใช้งานสื่อต่าง ๆ
- แบ่งกลุ่มครอบครัวและพัฒนาระบบสนับสนุนที่เหมาะสม

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

สนับสนุนการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ และครอบครัว โดยร่วมมือกับสถาบันสิรินธรฯ หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

7. การดำเนินงานของโครงการ S-TOP



7.1 การประชุมตามโครงสร้างการดำเนินงาน/คณะทำงาน

การตอบสนองต่อประเด็นปัญหา/ ความท้าทาย

- ปรับเปลี่ยนโครงสร้างสมาชิกคณะทำงาน
- พิจารณาวิธีการสื่อสารระหว่างฝ่ายไทยและฝ่ายญี่ปุ่นในรูปแบบอื่น ๆ

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- หารือเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินกิจกรรมของพื้นที่นำร่องโครงการ S-TOP
- อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานต่าง ๆ ให้กับบุคลากรหลักและที่ปรึกษา
- ริเริ่มจัดตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะด้าน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อ
- เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญระยะสั้นและ/หรือทรัพยากรบุคคลด้านอื่น ๆ ของญี่ปุ่น

7.2 บทบาทการดำเนินงานของผู้ประสานงานหลักของโครงการ

ความท้าทาย: โครงการ S-TOP จำเป็นต้องเพิ่มการประสานงานและการประชุมต่าง ๆ ตลอดจนการหารือร่วมกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐของแต่ละหน่วยงาน ที่มีบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

หารือร่วมกับกระทรวง พม. เพื่อปรับใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั่วประเทศให้เป็นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน และให้บริการหลังการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวอย่างครอบคลุม

หารือร่วมกับ สปสช. ในการบริหารจัดการด้านการเงิน โดยใช้ประโยชน์และบทเรียนจากการลองผิดลองถูกในพื้นที่นำร่อง

เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้เป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว ตลอดจนการอำนวยความสะดวกในระดับพื้นที่

7.3 ระบบการติดตามและประเมินผลกิจกรรมของพื้นที่โครงการ

ข้อมูลที่ผู้ประสานโครงการของแต่ละพื้นที่นำร่อง ระบุไว้ในแบบฟอร์ม แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของวิธีการให้บริการในแต่ละพื้นที่

แต่ละพื้นที่ยังไม่ได้มีการพัฒนาการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบมากนัก

การติดตามและประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมบางอย่างมีความยาก

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- ทบทวน/ ปรับวิธีการรวบรวมข้อมูล และอาจใช้เครื่องมือ ICF
- พัฒนาการจัดทำบทสรุปโครงการ เพื่อให้เห็นภาพแนวทางปฏิบัติที่ดีของพื้นที่นำร่อง
- หารือร่วมกับผู้แทนของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล และการติดตาม/ประเมินผล
- หารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับ สปสช. เขตพื้นที่ พมจ. และ สสจ.

7.4 การประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ/ การฝึกอบรมในประเทศ และความร่วมมือทางวิชาการ

งานสัมมนาวิชาการระดับชาติส่งผลอย่างมากต่อการส่งเสริมบริการการดูแลอย่างไร้รอยต่อในประเทศไทย โดยผ่านการนำเสนอการพัฒนารูปแบบบริการจากแต่ละพื้นที่นำร่อง

นับเป็นโอกาสดีของพื้นที่นำร่อง ที่จะได้เรียนรู้ระหว่างกัน ดังนั้น โครงการ S-TOP จึงควรสนับสนุนการจัดสัมมนาระดับชาติและ/หรือสัมมนาทางวิชาการต่าง ๆ ในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โครงการ S-TOP อาจจำเป็นต้องพิจารณารูปแบบการดำเนินงานใหม่ แทนการสัมมนาแบบพบปะและรวมกลุ่ม

แนวทางการสนับสนุนที่เป็นไปได้ของโครงการ S-TOP

- สนับสนุนและเสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการในการจัดงานสัมมนาระดับชาติและ/หรืองานสัมมนาทางวิชาการต่าง ๆ ในประเทศไทย
- พิจารณาการจัดงานสัมมนาในรูปแบบใหม่ อาทิ การใช้ระบบออนไลน์ ในกรณีที่มีข้อจำกัดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19




S-TOP

Research on the Seamless Provision of Intermediate Care (IMC) Services in pilot sites of the Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP)

ASEAN Institute for Health Development

Mahidol University

PREFACE

This report has been prepared in fulfilment of JICA's requirement for the Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP). The report draws on the research team's experience, with contributions from experts in the field. Key themes, such as project conceptual framework and methodology, an overview of seamless and intermediate care in Thailand and in global perspective, an assessment of the current implementation, and case studies are addressed.

For preparing and completion of this report, the research team have gone through various meetings among multi-stakeholders, visited both pilot and non-pilot sites and conducted a combination of qualitative and quantitative analysis. We strive to deepen our understanding of what have been in place, and what could have been better for the improvement and wider impact of S-TOP from many perspectives. These efforts have been highlighted in this report. The report also argues for some fundamental shift in policy to better match the real-context of proving seamless care for older person in Thailand.

The research team strongly hope this report will be widely used and helpful for the improvement of the continuous improvement of seamless health care reform in Thailand and providing lesson learned for, which JICA could use for further projects not only in Thailand but also in other countries.

Sincerely,

Research team

Names of research team members:

Associate Professor Dr. Phudit Tejativaddhana, MD, DHSM, MPA

Adjunct Professor Thaworn Sakunphanit, MD, FRCPT, BA, MSc.

Dr. Kwanpracha Chiangchaisakulthai, MD

Dr. Orathai Khiaocharoen, BN, MSc., PhD

Dr. Angsumalee Pholpark, MA, PhD

Dr. Nalinee Nakittipha Chuakhamfoo, MSc., PhD

Dr. Jiraluck Nontarak, MSc., PhD

Dr. Vo Thi Hue Man, MD, PhD

ACKNOWLEDGEMENT

.

All members of the research team would like to express our gratitude and appreciation to all those who provided assistance and shared your expertise during the implementation of the project. This report could not complete without the valuable support from JICA, Ministry of Public Health, National Health Security Office, Civil Servant Medical Benefit Scheme, Social Security Scheme, and all relevant stakeholders, who sharing their opinions, provided advisory support and guidance throughout the research period.

The research team would like to acknowledge and express thanks for the support and participation of all individuals, groups, health and social care professionals, academic institute, professional councils, patients and families from central level, 8 S-TOP sites: Bangkok, Chiangmai, Chonburi, Khon Kaen, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, Phuket, Surat Thani that kindly agreed to take your time to take part in this research. JICA experts also help the research team not only coordination of the research but also providing technical input for this research.

In addition, special mention is needed for the supporting staffs from ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University and many voluntary individuals who greatly supported the administration procedures of the research as well as helped with local research site visit arrangements.

We hope that all of us will contribute more in our future endeavours to the aging society.

Table of Contents

ASEAN Institute for Health Development ..... a
Mahidol University ..... a
PREFACE ..... a
ACKNOWLEDGEMENT ..... b
EXECUTIVE SUMMARY i
Assessment of the seamless provision of IMC services of S-TOP project. i
Cost effectiveness of IMC service models ii
Recommendations ii
Case studies of pilot sites to understanding real-life context for lesson learned iii
ACRONYMS AND ABBREVIATIONS iv
ACRONYMS AND ABBREVIATIONS (CONT.) v
1. INTRODUCTION 1
BACKGROUND 1
OBJECTIVE OF THE REPORT 3
METHODS OF STUDY 3
Conceptual framework 3
Methodology: 4
2. LITERATURE REVIEW 6
2.1 SEAMLESS HEALTH CARE 6
2.2 INTERMEDIATE CARE (IMC): A Global Experiences 8
2.2.1 Service Boundary of IMC 8
2.2.2 IMC in Integrated care system 11
2.2.3 Human resource in IMC setting 13
2.2.4 Payment method for IMC service 13
2.3 Development of IMC in Thailand 14
2.3.1 Context and process toward agenda setting and policy formulation of IMC 14
2.3.2 Intermediate Care Service Plan 15
2.3.3 Casemix classification payment in Thailand 19
3. ASSESSMENT OF IMPLEMENTATION 20
3.1 IMPACT OF PANDEMIC SITUATION OF COVID-19 20
3.2 OUTCOME OF SEAMLESS SERVICE MODEL 20
3.2.1 Quantitative outcome of the service 21
3.2.2 Qualitative outcome from patient perspective 28
3.3 SEAMLESS PROCESS OF IMC SERVICE 29

3.4 GAPS IN DESIGN AND DEPLOYMENT STRATEGIES 30
3.4.1 Understanding of IMC Services Among Health Care Providers 30
3.4.2 Health literacy regarding IMC Services 31
3.4.3 Integrated information for IMC services 32
3.4.4 Financing IMC and Payment Method Claim data of the pilot sites 33
3.5 COST EFFECTIVENESS OF IMC MODELS 36
3.6 RECOMMENDATION 38
3.6.1 RECCOMENDATION ON SYSTEM DESIGN 38
3.6.2 RECCOMENDATION ON DEPLOYMENT 39
4. CASE STUDIES 40
IPD-BASED IMC service and Home-based IMC service/OP IMC service at Saraphi Bovorn Pattana Hospital 40
Context: 40
Initiative 40
Success factors 41
Lesson learned and suggestions 41
New role of Local Authorities in IMC services: Case studies from Chonburi province 43
Context: 43
Initiative 43
Successful factors/ Facilitators 44
Lesson learned and suggestions 44
Tele-Rehabilitation in S-TOP Project and its application in the new-normal era 45
Context: 45
Initiative 45
Successful factors/ Facilitators 46
Lesson learned and implications 46
Appendix 1: Interview 48
In-depth interview at Central level 48
In-depth interview providers and administrators at pilot sites 48
In-depth telephone interview patients/family caregivers at pilot sites 48
Focus group discussion 49
Appendix 2: Semi-structured questionnaires 50
A. In-depth interview for S-TOP project manager in each pilot province 50
B. In-depth interview for the intermediate care provider e.g., rehabilitation medicine, physical therapist, nurse, etc 50
C. In-depth interview for the patient/caregiver 51
D. In-depth interview for the representative of local government provided intermediate care services 52

E. Focus group semi-structured questionnaires..... 52
Bibliography..... 53

LIST OF TABLES

Table 1: IMC model in UK setting, which provides both admission avoidance and post-acute care..... 9
Table 2. Number of patients eligible for IMC services in each province 21
Table 3: The number of IMC patients in Surat Thani by group of diseases, which are eligible for IMC .. 21
Table 4: Take up rate of IMC services from acute phase by disease groups 22
Table 5: Number of patients who needed IMC in Surat Thani by type of the results of follow-up 22
Table 6: Follow-up results for intermediate care patients in Surat Thani by hospital 22
Table 7: Number of patients by type of service by hospital..... 23
Table 8: The number of length-of-stay for intermediate care patients by hospital, in Surat Thani 25
Table 9: Changes of functional status after 6 months of receiving IMC service by each group of disease 26
Table 10: Changes of functional status after 6 months of receiving IMC service by IMC Service Model 27
Table 11:Changes of functional status after 6 months of receiving IMC service by length of Stay..... 27
Table 12: Changes of functional status after 6 months of receiving IMC services by hospital..... 27
Table 13: baseline demographic characteristics and ADL..... 36

LIST OF FIGURES

Figure 1: Concept of the Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP)..... 2
Figure 2 Conceptual framework of the study..... 3
Figure 3: The PRISMA model 7
Figure 4: Model for intermediate care (subacute care) 8
Figure 5: Japanese seamless care model 11
Figure 6: Intermediate care within Singapore's integrated care system 12
Figure 7: Staff-Mix of intermediate care services in NHS England 13
Figure 8 Pathways of IMC services in the IMC service plan..... 16
Figure 9: Guideline for providing IMC service 18
Figure 10: SNAP Classification 19
Figure 11: the histogram of the length-of-stay of intermediate care patients. 24
Figure 12: Number of Visits per patient of outpatient IMC cases of a Tertiary hospital..... 25
Figure 13: Number of Visits per patient of outpatient IMC cases of a community hospital 26
Figure 14: Compare charge and cost of IP services by Type of IMC in Regional hospitals of S-TOP project 33
Figure 15: Charge/AdjRW of intensive IP IMC Model in community hospitals by Type of IMC of S-TOP project..... 34
Figure 16: Compare charge/AdjRW IP services by Type of IMC in all hospitals of S-TOP project 35
Figure 17: Functional improvement and Cost per BI of Home-base IMC model..... 37

EXECUTIVE SUMMARY

This study utilized a mixed method with both quantitative and qualitative tools to perform formative evaluation of the Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP), which were implemented during September 2017 to October 2022 in 8 pilot provinces: Chiang Mai, Bangkok, Nonthaburi, Chonburi, Khon Kaen, Nakhon Ratchasima, Surat Thani, Phuket. Unfortunately, this project was considerably impacted by the pandemic COVID-19 since early 2020. Many activities could not be achieved as planned. The quantitative analysis was conducted in details only in one province, Surat Thani, together with claimed data of the Universal Health Coverage Scheme. However, the findings indicated showed some hints that can be linked with the qualitative results. Qualitative data from in-depth interview stakeholders in central level and provincial level, together with focus group discussion in all provinces and stakeholder meeting were done. A combination of quantitative and qualitative data was perceived to be adequate to provide a solid assessment, which was divided into four major parts.

Assessment of the seamless provision of IMC services of S-TOP project.

In general, IMC services were more seamless comparing to previous service before S-TOP project. Seamless workflow and information flow of services of IMC cases has been designed and implemented in every S-TOP pilot sites. Significant factor for the success in the implementation of IMC service in provincial level was attributed to the leadership of Provincial Health Officers (PHO) and team leaders of S-TOP project.

Strength of deployment strategies were advocacy for understanding of concept and practice of IMC services, which the S-TOP through training by Japanese expert, study visits and periodic meeting helped team in pilot sited better understanding concept and appropriate IMC practice. Guideline of IMC service plan has proved that it is a very useful tool to translate IMC policy to design in provincial level.

Challenges were low health literacy of people and local government regarding IMC. Lack of legal frameworks to push local governments to coordinate and recruit health care personal for provide services. MOPH must discuss with MOI to approve this initiative of PAOs and Municipalities. The missing jigsaws also include: “Care coordinators”, “Input constrain” both health care personal and capital investment.

IMC workflow and information flow were better seamless than before S-TOP project. However, integrated information system of all S-TOP pilots was still fragmented. Although there were data collection in provincial level, data of all application in provincial level were not transferred to Health Data Center (HDC) of MOPH. MOPH designed standard data set for disability, rehabilitation, community activity and community service, few hospitals input data into the database of MOPH.

New payment method for IMC is needed for all IMC models; IPD-based IMC, OPD-based and Home-based IMC models. Regional hospitals, general hospitals and community hospitals were suffered from no cost recovery for IMC services.

Social Security Scheme (SSS) and Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) were interested to implemented IMC. Currently, they provide IMC services under current acute care benefit designs and payment methods, which may be not efficient.

Cost effectiveness of IMC service models

This study aimed to compare cost effectiveness of three current IMC models of S-TOP project - IP base IMC, OP based IMC and Home-based IMC - from UCS perspective and hospital perspective. The Barthel index (BI) was used as functional Outcomes. However,

Cost effectiveness study could not be done. Since data was not enough and only cases in home-based IMC were available. Finally, only 15 cases were left for analysis, all used home-based model. Median cost of improvement of 1 ADL point was around 2,400 Baht with inter-quintile range (P25-P75) was between 760 – 6,000 Baht. Specific prospective design for cost effectiveness study should be done in the next step. Services were not cost recovery; cost of services were higher than reimbursement.

Recommendations

Recommendations were synthesized from evidence of IMC services model in the S-TOP, result of in-depth interview with stakeholders and literature review.

Design

1. Seamless IMC service model should have care coordinator to coordinate services, Family doctors and primary care teams are the most appropriated to perform care coordination function in current context.
2. Public private partnership for seamless IMC services should also be included clearly in IMC service plan and reimbursement of social health protection schemes not only Universal Coverage Scheme, but also Civil Servant Medical Benefit Scheme and Social Security Scheme and Workmen Compensation Scheme.
3. Coordination of strategy plan and operation plan of IMC service plan and Primary care service plan including other relevant service plan should be done including concrete guild line for implementation.
4. MOPH should coordinate with MOI to issue MOU or legal framework for guarantee that IMC is one of the missions of TAOs, Municipalities and TAOs.
5. Constructive discussion of stakeholders including professional societies, academic institutes, related ministries, local government paganizations. representative of providers and people to set up a long-term strategy plan of IMC.

Deployment issues

1. Integrated information for IMC services is urgent needed. Current information system is fragmented, and some are still in paper-based report. Many standalone software have been used to record activities of IMC. MOPH should force every software to export their data into Health Data Centre (HDC) format of MOPH.
2. New payment method for IMC is also an urgent need to provide cost recovery of effective IMC service.
3. Appropriate information in every channel should be provided to people via social media to increase Health literacy regarding IMC.
4. Workforce plan for public and private IMC should be done separately from general workforce plan in term of full time equivalent (FTE) to guarantee appropriated and efficient IMC services.

Case studies of pilot sites to understanding real-life context for lesson learned

Selected case studies, which would be relevant for understanding real-life context, further discussion and lessons learned for IMC implementation, were drawn from this study including three topics, (1) IPD-based IMC service and Home-based IMC service/OP, (2) Day care centre and (3) Telerehabilitation

IPD-based IMC service and Home-based IMC service/OP was a case from Saraphi Bovorn Pattana Hospital, Chiangmai. This case showed "people centre" seamless IMC care, which use intensive rehabilitation focusing on outcome of patients. Majority of case were provided as intensive IPD-based IMC services. System design to ensure that OPD-based IMC cases and Home-base IMC services can get intensive care according to the care plan not only care team but also arrangement of transportation and equipment sharing centre. Strongly social and financial support from community and Si Don Muun temple including Altruism as one of organizational culture of staffs were success factors. This case study also showed challenges of the implementation regarding IMC literacy of health personal, patients, people in community and local politician. Institutional lag of the MOPH that still relied on old organizational structure and budget constrain were also challenges.

Second case study is Day Care Centre of Phlu Ta Luang TAO. This case showed how TAO can contribute to Home-based IMC services, and confirmed that local authority can involve in IMC service as an implementor for Home-based IMC services with technical support from MOPH. Decentralization of THPH will strengthening role of local government on IMC services. However, political sustainability and financial sustainability were two important challenges. MOPH must lead the discussion in this topic with MOI and representative of TAOs, Municipalities and TAOs, and study for the joint venture among TAOs and/or TAO should be done in the next step for appropriate administration and financing for Day care service.

The third case study was the adoption of Tele-Rehabilitation in S-TOP Project and its application in the new-normal era. The disruptions of healthcare services during the COVID-19 pandemic have increased the importance of telerehabilitation as the way to maintain and manage operational challenges of IMC services during the pandemic. All S-TOP pilot sites applied Tele-Rehabilitation for communication among health care professional and between health care professional and patients. Tele-rehabilitation applications, which were used during pandemic of COVID-19, were simple one, telephone call and LINE application. There was no necessity in asking the support from IT technician. LINE group was widely accepted for health care professionals and it is supposed to be better developed for better tele-consultation. However, there was some limitation to use LINE application with patients/caregiver from several reasons such as: no smart phone, no internet, and privacy issues. Telephone call was a preferred option for communicating with patients. LINE group might be used only for specific purpose. Some patients or their family did not want to share their personal information via social platforms. Sensor-based and robotic equipment might be the future application of telerehabilitation.

ACRONYMS AND ABBREVIATIONS

ADL	Activities of Daily Living compose of 10 personal activities: feeding, personal toileting, bathing, dressing and undressing, getting on and off a toilet, controlling bladder, controlling bowel, moving from wheelchair to bed and returning, walking on level surface (or propelling a wheelchair if unable to walk) and ascending and descending stairs.
BI	Barthel Index
BMA	Bangkok Metropolitan Administration
CGs	Caregivers
CM	Care Manager
CoC	Continuity of Care
CPG	Clinical Practice Guideline
CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme
CTOP	A cooperation project between JICA and Thai government on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons during 2007-2011
DLA	Department of Local Administration
DMS	Department of Medical Service
DRGs	Diagnosis-related group is a patient classification scheme which provides a means of relating the type of patients a hospital treatsto the costs incurred by the hospital.
HAD	Health Administration Division
IMC	Intermediate Care
IPD	In-patient-Department
JCC	Joint Coordination Committee
LAOs	Local Administrative Organizations
LOS	Length of Stay
LTC	Long-term care
L-TOP	Project on Long-term Care Service Development for the FrailElderly and Other Vulnerable People
MDT	Multi-Disciplinary team
MOI	Ministry of Interior
MOL	Ministry of Labor
MOPH	Ministry of Public Health
MSDHS	Ministry of Social Development and Human Securities
NHSO	National Health Security Office
OPD	Out-patient-department
OT	Occupational therapist
PAOs	Provincial Administrative Organizations
PCC	Primary Care Cluster

ACRONYMS AND ABBREVIATIONS (CONT.)

.

PCU	Primary Care Unit
PHO	Provincial Health Officer
PM&R	Physical Medicine and Rehabilitation
PO	Prosthetist / Prosthesis and Orthosis Technician
PT	Physical therapist
SCI	Spinal Cord Injury
SNAP	Sub-Acute and Non-Acute patient
SSS	Social Security Scheme
ST	Speech therapist
S-TOP	Project on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons
TAO	Tambon (Sub-district) Administrative Organization
TBI	Trauma Brain Injury
THPH	Tambon Health Promotion Hospital
UCS	Universal Health Coverage Scheme
WHO	World Health Organization

1. INTRODUCTION

BACKGROUND

Intermediate care is defined as range of services designed to facilitate transition from hospital to home, and from medical dependence to functional independence, where the objectives of care are not primarily medical, the patients' discharge destination is anticipated, and a clinical outcome of recovery (or restoration of health) is desired *(Steiner, 1997).*

Universal Health coverage has been well established in Thailand since 2002. The National Health Securities Act cites clearly for entitlement of Thai people to access to prevention, promotion, curative, and rehabilitation services. However, IMC is not recognized organizational component of existing Thai health care delivery system. Studies found that stroke patients after promptly adequate treatment during acute phase usually did not get appropriate services to restore their function, and finally were became permanent disabilities.

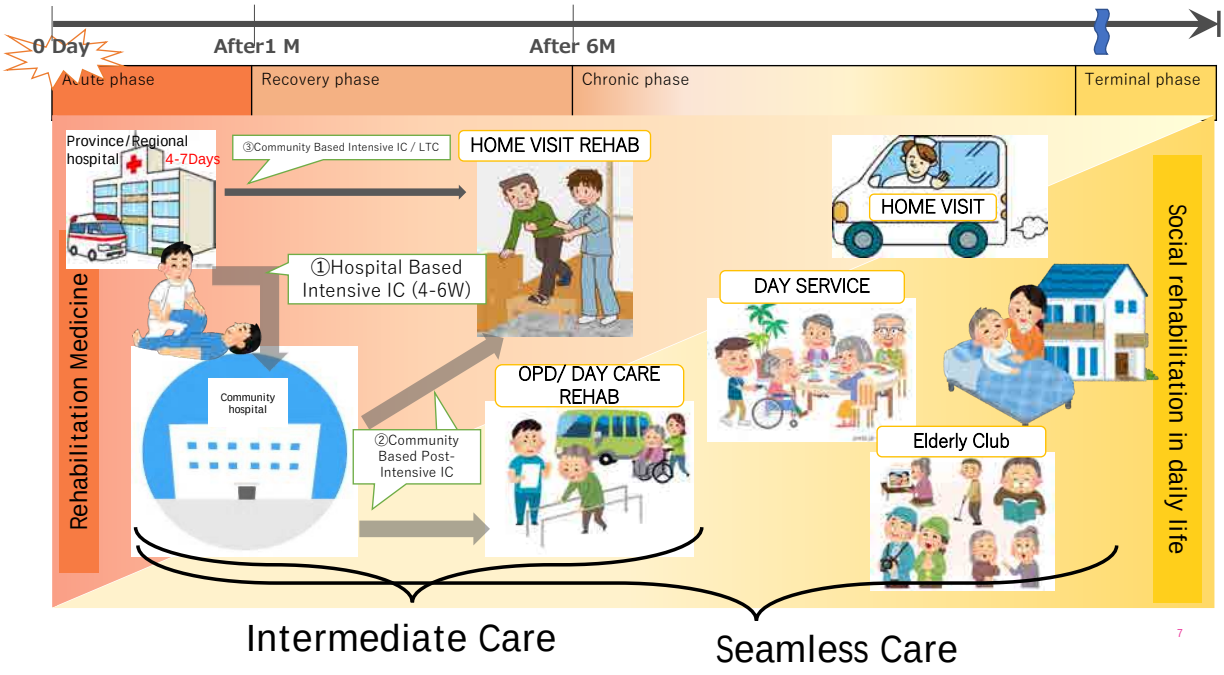
Service plan for intermediate care (IMC) is one of "Service plans", which the Ministry of Public Health (MoPH) has developed in 2019 to establish efficient seamless care from primary care, secondary care, tertiary care, and excellent centres *(Health Administration Division, 2019).* The intermediate care policy has been driven by top-down approach to all provinces through the service plan mechanisms focusing on 3 main diseases in the elderly - stroke, traumatic brain injury (TBI), and spinal cord injury (SCI) using multidisciplinary team. The IMC is defined as a transitional care between the period after acute conditions and clinical stable. However, they still have limitation of daily activities, which need care at home or in community with intensive services to restore or improve their functional capacity within 6 months using multidisciplinary team approach. The services should be seamless care that every health facility and community work together as a single team *(Health Administration Division, 2019).* Although this policy implementation was successful in some provinces. Many gaps were identified including precise policy communications, appropriate flexible regulations for real context of communities, cost recovery of IMC services, inadequate human resource for IMC services and integrated information system both in day-to-day operation level and management information system *(Kaeowichian et al., 2021).*

National Health Security Office (NHSO), which only provide special benefit catalogue to permanent disability person, recognized gaps of IMC service. Pilot study for design IMC benefit catalogue, costing and payment using new Casemix method, Thai Subacute and non-acute inpatient (TSNAP), was implemented in 2014. Regarding nationwide implementation according to the service plan of IMC, the NHSO has accepted to reimburse add-on fee schedules on-top of existing acute care payment for ambulatory IMC service since 2016, which health facilities must submit the electronic claim directly to the NHSO.

Project on seamless health and social services provision for elderly persons (S-TOP), started in November 2017 under the technical collaboration of the counterpart organizations including JICA, Ministry of Public Health (MOPH), Ministry of Social Development and Human Security and National Security Health Office of Thailand. This project strives to develop the "Seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services model". Models of seamless health and social service provision have been developed at 8 main pilot sites based on the existing Thai context and initiatives from both institutional care and community care. Finally, relevant recommendations will be formulated based on the current models at pilot

sites, as well as from Thai and Japan knowledge and experiences. Ultimately, the project plans on implementing seamless service in other non-S-TOP pilot sites nationwide.

Figure 1: Concept of the Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons (S-TOP)



Source: S-TOP project

The S-TOP project defined IMC as "a transitional care between the period after acute conditions and care at home or in community with connectivity and continuity". It is the care for patient with stable medical conditions but not sufficiently stable for being taken care by the capability of family or community in general. The patient who needs intermediate care is still in need of medical, nursing, multidisciplinary care in medical facilities (intermediate bed or intermediate ward). Major care during this period does not require specialized doctor or complicated medical procedure and equipment; it can be safely operated at M and F level hospitals. It is the care during a period not more than 6 months.

The main pilot sites of S-TOP have gotten training programs in Japan including on-line training programs and short-term consultation of Japanese experts on sites, regular sharing experiences and discussion among pilot sites. The pilot sites have used these experiences to modify and conduct project activities according to the Service Plan developed by MOPH. During the past 4 years of project period, S-TOP has accumulated basic information to describe current situation of each pilot site, key issues and good practices related to the seamless service for older persons, especially focusing on IMC service provision to complete seamless service.

In order to formulate the policy recommendation for seamless service at the national level from the implementation at the main pilot sites, S-TOP decided to conduct an academic research involving an external team of researchers with expertise in the field of IMC including medical, rehabilitative, social, life-

support services and health care financing in Thailand to provide scientific-based evidence for the policy recommendation.

OBJECTIVE OF THE REPORT

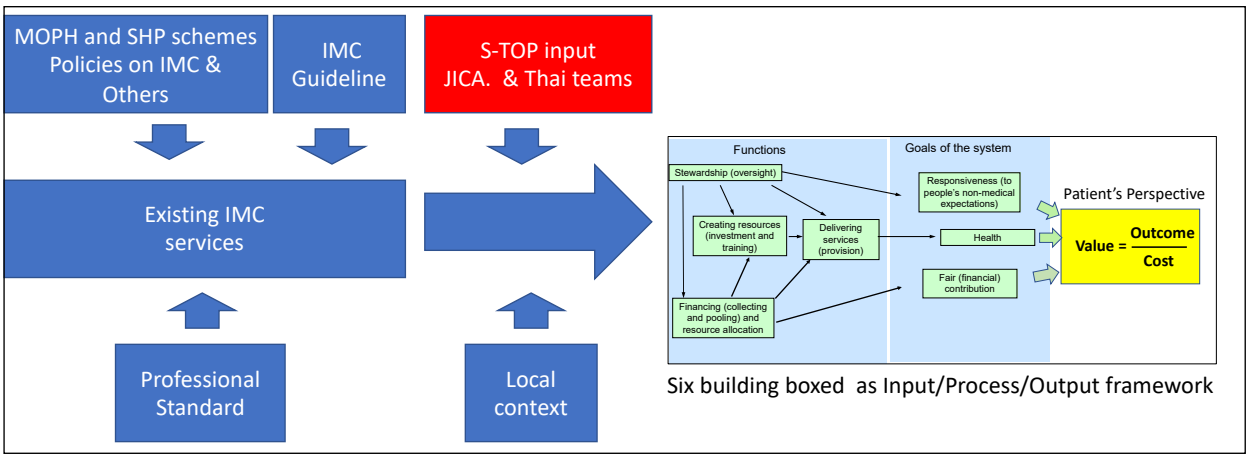
1) To assess the seamless provision of IMC services including medical, rehabilitative, social and life-support services of the S-TOP project in pilot sites in 8 provinces.
2) To compare the costs and effects of the IMC services in pilot sites from the perspective of providers and purchasers.
3) To generate the case studies of pilot sites to understanding real-life context to facilitate lesson learnt.

METHODS OF STUDY

A combination of both qualitative and quantitative approach was utilized for a formative evaluation study *(Stetler et al., 2006)* as presented by the conceptual framework in Figure 2. The pilot sites are described and fully understood with the contextual factors including MOPH, NHSO, professional standard and local context, acquired knowledge/skills of participants from the S-TOP project, adaptation and the success including major barriers to goal achievement (policy objective), and what it takes to achieve optimal changes. Rigorous assessment must be done to identify potential and actual influences on the progress and effectiveness of implementation efforts from the provider perspective, purchaser perspective as well as patient's perspective. The assessment will capture the detail and complexity of intervention of design, deploy, inputs and tactics, process thereby missing the true nature of interventions as well as significant organizational factors important for replication.

Conceptual framework

Figure 2 Conceptual framework of the study



Methodology:

A mixed method was applied for this formative evaluation.

1.A literature review of secondary sources focusing on Intermediate Care (IMC) in Thailand and other countries: Australia, Singapore, Japan, United Kingdom and United States.

2. Quantitative study to assess the value of care (Value = Outcome/Cost) compared to IMC in other areas. However, opportunity cost of patient is not included in this study due to limitation of time frame and the COVID-19 situations.

2.1 Data of IMC of Fiscal year 2022 include:

- Claim data for DRG reimbursement including IMC service.
- IMC service data of the pilot sites.
- Accounting and statis reports, which health facilities submitted to the Permanent secretary office of MOPH.

2.2 Statistic analysis was conducted. However, due to the data unavailability issue, only limited descriptive analysis of services at general hospitals/ community hospitals were done. Data from health centres and services at local authority units could not be collected.;

- Data was verified and scrubbed by expert team and local pilot sites. Incomplete and/or error records will be excluded from the quantitative study.,
- Dependent variable (Outcome) is measured as the change in functional status, using clinical outcome evaluated by the Thai Modified Barthel Index (BI) of the three targeted diseases.
- Independent variables are demographic variable, clinical variables both physical and mental, disease groups such as DRGs and SNAP or other case-mixed groups.

2.3 Costing of IMC services per visit and per episode of care (combination of cost in different health facilities and community until the end of IMC) are calculated using cost to charge ratio technique from claimed data of the NHSO, or traditional cost accounting technique (micro-costing) of Permanent Secretary office of MOPH from pilot sites data.

- Cost recovery from different payment methods will be analyzed and compared, which include current payment method using DRG.

Some quantitative analysis, which was initially planned to analyzed, could not be achieved. Details were discussed in the limitation section of the study.

3.Qualitative study is conducted using content analysis for synthesis the relationship of policy objective (goal), design, deployment, input, process, output/outcome of 7 topics including

3.1 Seamless care design and implementation using conventional IMC services and technology initiative especially Tele-rehabilitation in response to COVID-19

3.2 Governance design and practice in different setting such as Centralized (Command control) and Decentralization (Contract model)

3.3 Coordination of care based on People-center concept

3.4 Integrated information system

3.5 Appropriate payment methods

Each topic will be elaborated to understand the situation of IMC services prior to the S-TOP project including experiences from C-TOP, L-TOP project. Pilot sites will be assessed for knowledge and experiences from S-TOP both training in Japan and in Thailand, reason for modification of IMC design, deploy and implementation according to local context and national policy, achievement, and challenges.

Detail activities of quantitative approach are comprised of:

- Site visit to pilot sites in 8 provinces to explore and understand the local context/situation.
- Conduct in-depth interviews of five key actors in each province.
- Conduct in-depth interview of ten key stakeholders and experts in central level.
- Telephone interviews of patient to get patient experiences on using IMC services in pilot sites.
- Two focus group discussions of one pilot site and control site in each province.

2. LITERATURE REVIEW

2.1 SEAMLESS HEALTH CARE

Seamless care is often used interchangeably with other terms such as “continuity”, “continuum of care”, “coordination of care”, “integrated care”, “discharge planning”, “case management”, and “disease management”. Continuity of personal care is a fundamental principle of family medicine *(Rogers & Curtis, 1980).* Continuity in “conventional” primary care/family medicine is the relationship between a single practitioner and a patient that extends beyond specific episodes of illness. Nursing mainly focused on information transfer and coordination of care over time Core Elements of continuity as an aspect of care in this meaning are: experienced by an individual; and received over time, the dimensions of continuity are informational continuity; relational continuity; and management continuity, which can be viewed from a person-focused or disease-focused perspective *(Haggerty et al., 2003; Reid, Haggerty, & McKendry, 2002).* For instance, Wagner’s chronic disease management model shows concrete continuity of care across skill health care providers, team-based care delivery and plan, educating and supporting patient, making better use of registry-based information systems, and community involvement *(Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009; Wagner, 1998; Wagner et al., 2001; World Health Organization, 2002).*

Case management and disease management initiatives expand continuity to continuity in medical specialties and multidisciplinary team has emerged since the late 1980s. This concept emerged from the increased complexity of managing treatment of Tuberculosis, HIV and AIDS, metabolic diseases, and cardiovascular diseases, and other chronic diseases, and often referred to as a continuum of care *(Haggerty et al., 2003)*. Case management/Disease management was first developed in the “Managed Care” initiative in the United State of America. The Managed Care Organization Act was enacted in 1973 to mitigate and cope with fragmented health care and cost escalation and aims to promote quality health care while containing costs of medical care. Clinicians' practices are modified in combination of these measures: developing networks, selecting appropriated providers, supplying incentives through selected payment mechanisms, and providing practice guidelines. Health literacy and selected financial measure are used to modified patient behavior. Gate keepers to specialized services, which mainly are primary care doctor and case managers/case coordinators, are usually applied for more efficient usage of health care resources. The “Managed care” concept and its management tools has been adopted to European context, which has already had universal health coverage through either tax-based system or social insurance system. The disease management in European countries focus more on community health gain as the starting point for the management of healthcare delivery together with the integration of health policy, community based management, individual patient care management, and disease management *(Fairfield, Hunter, Mechanic, & Rosleff, 1997; Hunter & Fairfield, 1997).*

Seamless care model or integrated care model has been a global health issue under the World Health Organization (WHO) global strategy on integrated people-centred health services (IPCHS), which addresses a fundamental paradigm shift in the way health services are funded, managed and delivered. Since fragmented nature of health systems are increasingly unable to respond to the health demands both infectious diseases and non-infectious diseases *(World Health Organization, 2015)*. The integrated care models (seamless care model) are defined using health system-based definition by WHO Regional Office for Europe as:

"An approach to strengthen people-centred health systems through the promotion of the comprehensive delivery of quality services across the life-course, designed according to the multidimensional needs of the population and the individual and delivered by a coordinated multidisciplinary team of providers working across settings and levels of care. It should be effectively managed to ensure optimal outcomes and the appropriate use of resources based on the best available evidence, with feedback loops to continuously improve performance and to tackle upstream causes of ill health and to promote well-being through intersectoral and multisectoral actions"

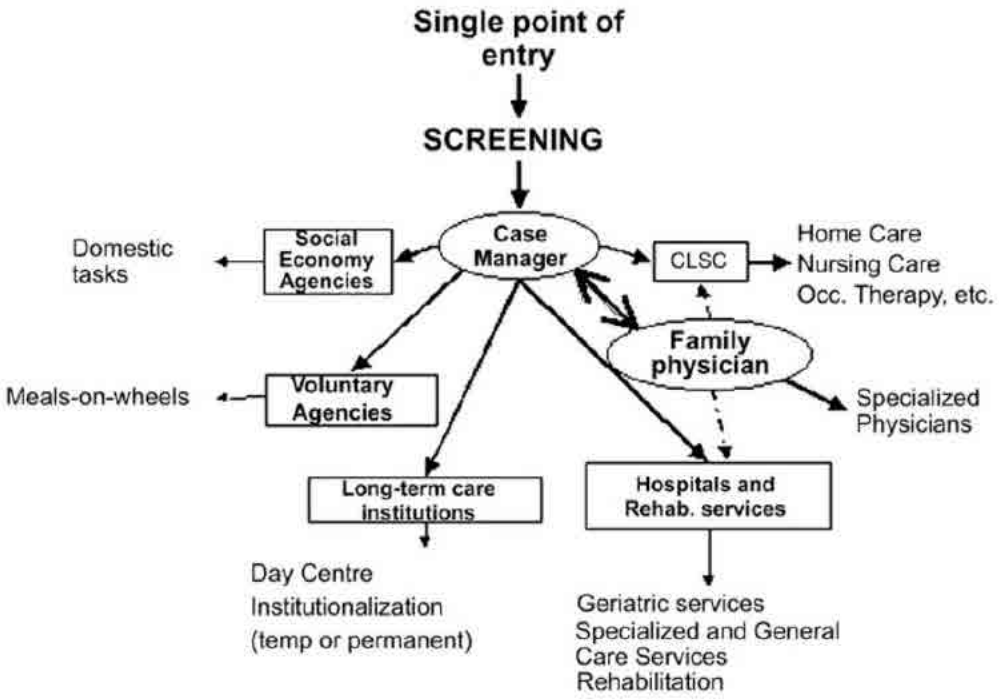
Integrated care models can be separated according to the scale at which integration happens into 3 groups:

(1) Individual models of integrated care such as case management model and Individual care plans

(2) Group- and disease-specific models such as Chronic care management model, disease management model and Integrated care models for elderly and frail. This group of model applies screening to stratified health needs, care manager to joint governing, coordination of care across providers and communication with patient, stand practice guideline, and integrated information system. For instance, the design of a Canadian model for integrate service delivery for community-dwelling people with moderate-to-severe impairment (PRISMA) is showed in Figure 3. This model aims to serve as a single entry-point to the system and to coordinate care across a network of different providers.

(3) Population-based models, which includes elements of disease management and case-management for high-risk patients. It may be extended beyond health care to social needs.

Figure 3: The PRISMA model



CLSC - Centre local de services communautaires (Local community services centre)

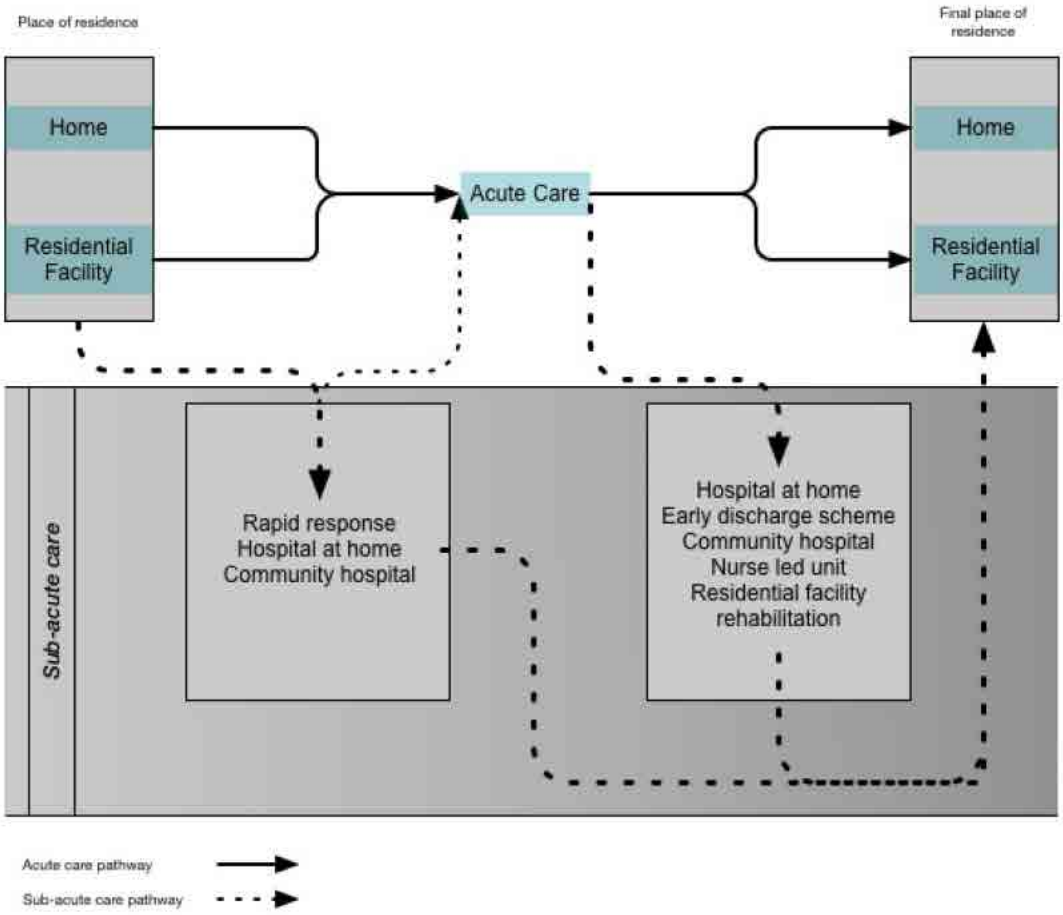
Source: (Hébert, Durand, Dubuc, Tourigny, & Group, 2003)

2.2 INTERMEDIATE CARE (IMC): A Global Experiences

2.2.1 Service Boundary of IMC

Intermediate care (IMC) has not been agreed upon global definition. The definition is variously defined depending on specific country or organizational context. It also often used interchangeably with other terminologies e.g., sub-acute care, stepdown unit, transitional care, progressive care, etc.

Figure 4: Model for intermediate care (subacute care)



Source: (Dawda & Russell, 2014)

IMC services are varied according to country health policy. For instance, IMC was emerged in United Kingdom (UK), and United State (US) from policy for improve hospital efficiency and cost containment, which IMC aims to encourage early discharge and better quality of post-acute care together with prevent readmission *(Dawda & Russell, 2014)*. Figure 4 presents the flow and processes of the concept and design of IMC service in UK for prevent patient from admission to hospital and early discharge patient from acute care hospital.

In Australian, Transition Care Programme (TCP) is a large-scale intermediate care service to older people discharge from hospital admission. It was introduced in Australia in 2005, which aimed to improve integration of health and aged care services, reduce hospital length of stay, optimize functional

independence, and delay entry to long term care setting *(Giles, Halbert, Crotty, Cameron, & Gray, 2009)*. The services are provided either in the residential facility, community, or at home.

In UK, there are 3 IMC settings, which aim to provide health care service at home to reduce unnecessary hospital admissions. (*Table 1*)

- Hospital at home services provide active treatment by health and social care professionals in a person's home, for a condition that would otherwise require acute hospital in-patient care.
- Rapid response is a service model that aims to provide a quick response to people's health and social care needs and reduce admission to the health or social care facilities.
- Community Hospitals are small local hospitals that provide services to local community. These can include community beds, maternity, minor injuries services and clinics.

Post-acute care is provided in hospital at home-based services and community Hospitals. The service is also provided in other settings, such as:

- Supported early discharge schemes is designed to provide IMC and other care such as social services at home following a period of acute care. social services and integrated health and social leads
- Nurse-led units, which nurses provide appropriated services for recuperation
- Residential rehabilitation units use of aged care facilities (residential or nursing homes) for short term to support rehabilitation.

Table 1: IMC model in UK setting, which provides both admission avoidance and post-acute care

Model	Admission Avoidance	Post-acute care
Hospital at home	X	X
Supported early discharge schemes		X
Rapid Response	X	
Community Hospitals	X	X
Nurse-led units		X
Residential rehabilitation units		X

Source: *(Dawda & Russell, 2014)*

In United State, the term "post-acute care (PAC)" is used instead of IMC. 42 percent of Medicare, who were discharged from acute care hospitals, went to PAC facilities. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) classified PAC according to the level of complexity of medical services into 4 types: Long Term Care Hospitals (LTCH), Inpatient Rehabilitation Facilities (IRF), Skilled Nursing Facilities (SNF), and Home Health Care (HHC) *(Finkel & Worsowicz, 2017)* as follows:

- Long Term Care Hospitals (LTCH): established within hospitals or existing independently, in which patients still have some acute instability and require hospitalization such as ventilator care, weaning, complex wound treatment, cardiopulmonary failure and assistance from care team.

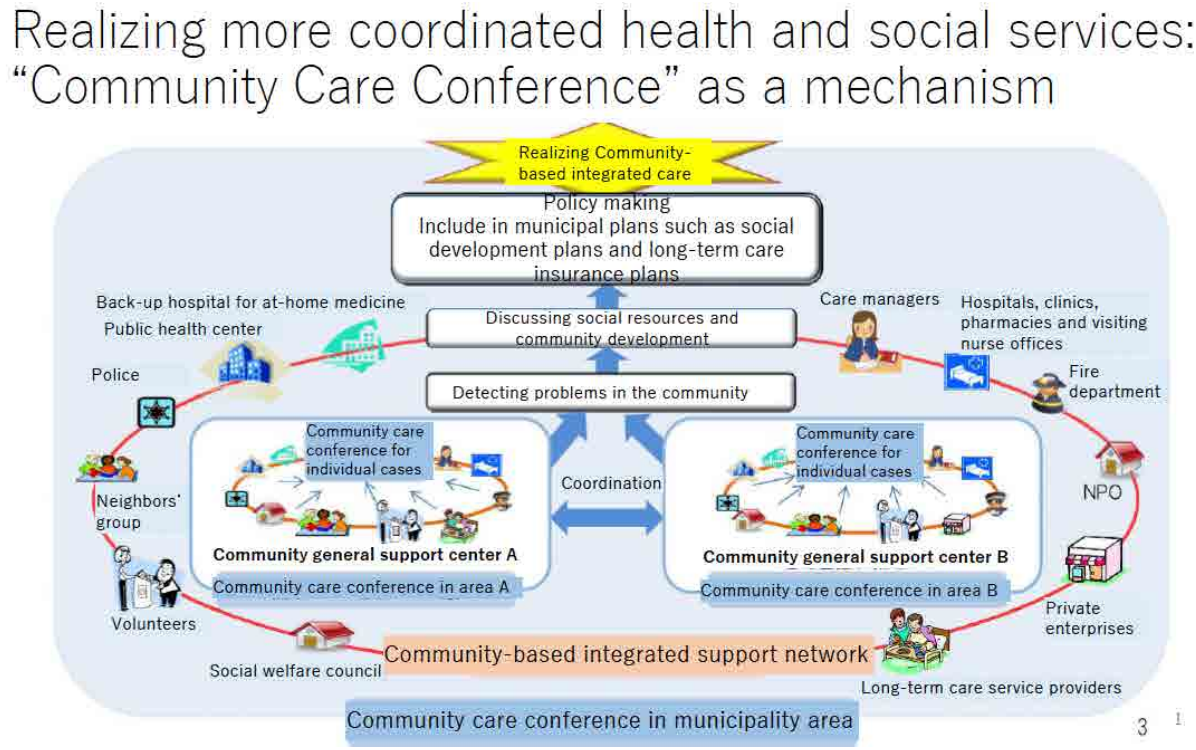
- Rehabilitation facilities (IRF): established within hospitals mainly to provide rehabilitation for 13 types of disease requiring intensive rehabilitation, including stroke, spinal injury, traumatic brain injury, limb amputation, and hip fracture. The goal of these facilities is to provide rehabilitation treatment to patients requiring at least 3 hours of rehabilitation each day because of disabilities and functional impairments resulting from acute illness.
- Skill Nursing Facilities (SNF): established within the nursing homes. Services provided by SNFs include physician's rounds, rehabilitation, nutrition care, and skilled nursing measures such as drug treatment, wound treatment, and ventilator care.
- Home Health Agencies (HHA): provide home-based care including nursing care, physical therapy, functional and language therapy, social work services, and other healthcare services to patients at home.

IMC can be provided as "Bed-based" (Institutional care) or home-based. For instance, IMC services in UK are provided in both settings. Regarding the "Bed based" IMC services, the service is provided within an acute hospital, community hospital, residential care home, nursing home, standalone intermediate care facility, independent sector facility, local authority facility or other bed-based setting. The largest source of referrals into this type of IMC was from acute care hospital. However, some were referred by GPs. Home-based IMC services are provided at home. Patients also were referred from acute care hospitals and GPs. IMC services are allowed for up to six weeks. The home-based team can provide up to Level 8 - Rehabilitation for complex disabling condition. *(NHS Benchmarking Network, 2013; Young, Gladman, Forsyth, & Holditch, 2015).*

2.2.2 IMC in Integrated care system

Integrated care concept, which includes IMC, has been widely accepted and used in Japan, Singapore, UK and US. In Japan, integrated care model has been implemented under a more comprehensive integrated care, which includes a combination of health care, social care, and community participation.

Figure 5: Japanese seamless care model



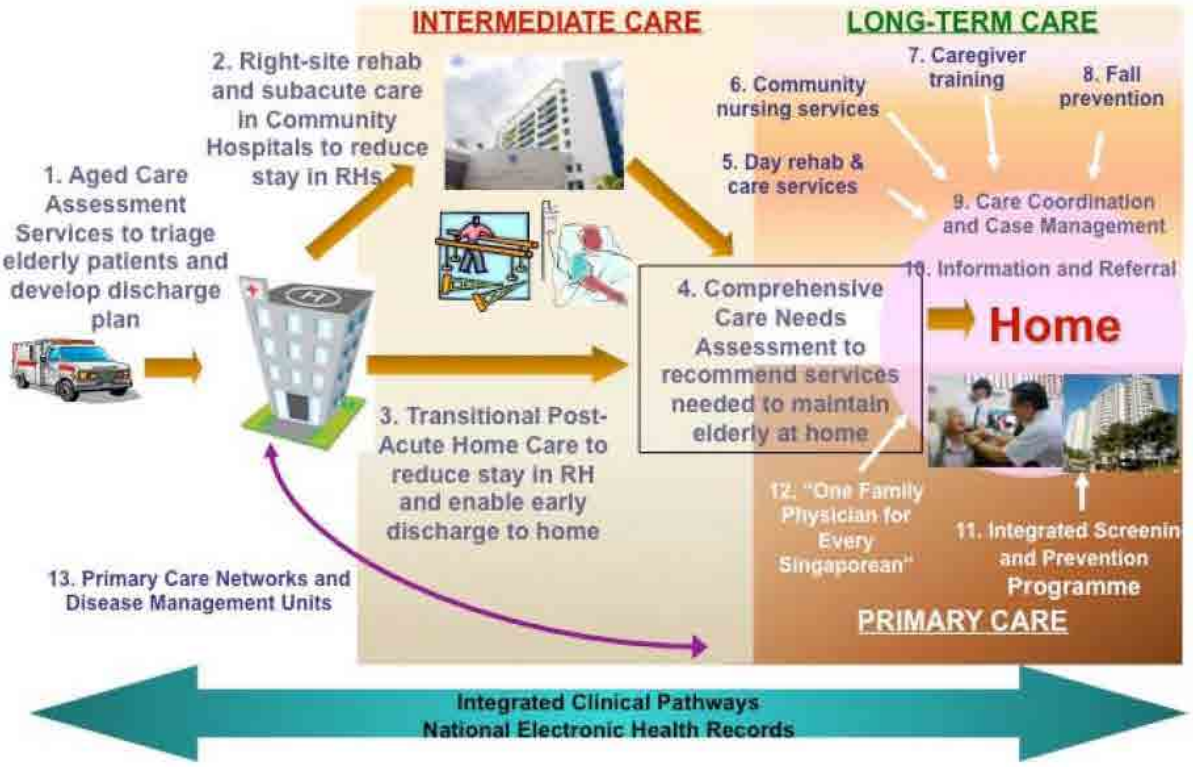
Source: Shintaro Nakamura (2019) Teaching document for study visit of S-TOP team

IMC services, especially intensive rehabilitation, are mainly performed during the period when patients are transfered from acute care ward to the "Kaifukuki rehabilitation ward (KRW), which was set up in 2000 *(Okamoto, Ando, Sonoda, Miyai, & Ishikawa, 2014)*. Currently, public health insurance covers up to 180 minutes a day. This recovery phase rehabilitation provides intensive rehabilitation as a team to patients who are recovering from the acute phase of some disease to restore the mental and physical health so that they can return to their home or society. After discharge from KRWs, patients who still need further rehabilitation are transferred to community-based rehabilitation (CBR), which is financed by the public long-term care insurance, which was also introduced in 2000.

Integrated care model with patient-centric approach has been one of reform agenda of a comprehensive set of health care reforms in 2012 under its Healthcare 2020 Masterplan of Singapore *(Tan, Lam, Matchar, Zee, & Wong, 2021)*. The multidisciplinary approach is encouraged in acute care healthcare, intermediate care and long-term care integration. Family doctors and team are responsible to primary care, general hospitals cover acute inpatient care. Intermediate care is provided in community hospitals, and integration with long term care in the community, day rehabilitation and care services, and back to the patient's home. In 2018, the Agency of Integrated Care (AIC), which is an independent corporate entity under MOH Holdings (MOHH), was appointed to be a single "National Integrator" to coordinate the delivery of aged

care services, and to enhance service development and capability-building across both the health and social domains. For instance, the AIC is responsible to coordinate the referrals to day rehabilitation centres, referrals to home medical, home nursing and home therapy including nursing homes placements. Healthcare services, which are the electronic health records (EHR), and are linked through IT systems *(College of Family Physician Singapore, 2011).*

Figure 6: Intermediate care within Singapore's integrated care system



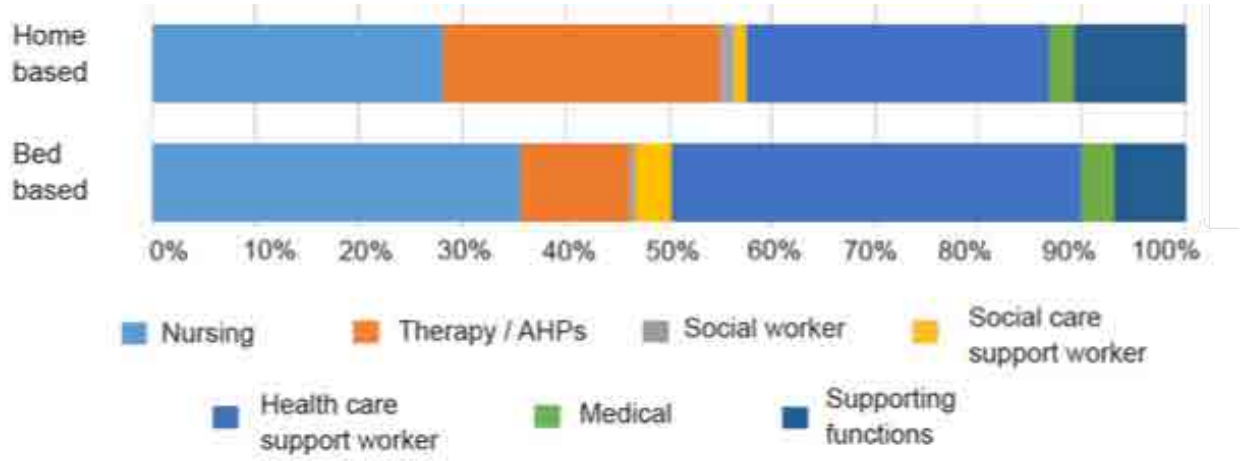
Source: (College of Family Physician Singapore, 2011)

Integrated care model has been implemented in many Managed care plan in US since the enact of the Health Maintenance Organization Act in 1973. Many Individual models of integrated care and disease-specific model including vertical integration were developed. Vertical integration in US is merging of medical settings e.g., independent physicians. physician groups, and hospitals to create a network. For example, in a network-model health maintenance organization (HMO), the network may consist of an acute care hospital, a rehabilitation hospital, a psychiatric hospital, a general outpatient clinic, one or more ambulatory care centers for primary care services, a nursing home, a home health nursing program, and an outpatient pharmacy *(Shortell, Gillies, & Anderson, 1994).* Center of Medicaid & Medicare Service (CMS) has also implemented model development for "Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative", which link payment method with different setting of integration

2.2.3 Human resource in IMC setting

Skill of health care personal is varied between IMC and Acute care setting both institutional setting or ambulatory setting. The number of therapists e.g., physical therapist, occupational therapist, speech therapist is high. For instance, in England, skill mix for IMC home based and bed based intermediate care is dominated by registered nurses and health care support workers, Physiotherapy and Occupational therapist were around 10%. Number of staffs is still below recommendation of health professional society. For instance, Royal College of Nursing recommends a ratio of registered nurses to unqualified healthcare assistants should be 65:35 for ideal, good quality care and 50:50 for basic care respectively. The British Society of Rehabilitation Medicine required a minimum of six full-time equivalent rehabilitation medicine doctors per million population *(NHS Benchmarking Network, 2017).* Proportion of therapists high in IMC setting is also high in Japan in both institutional setting and ambulatory setting.

Figure 7: Staff-Mix of intermediate care services in NHS England



Source: Modified from (NHS Benchmarking Network, 2017)

2.2.4 Payment method for IMC service

Many payment methods have been used for IMC services. Purchasers have introduced alternative payment methods for IMC to increase incentive, efficiency and cost containment strategy.

Fee-for-service or Fee schedule is a common payment method. Japan has a standard fee schedule, which is updated every two years. Diagnosis procedure combination (DPC) has been used since 2003. Only pricing for room and board, nursing and laboratory are classified using DPC. Doctor fees e.g., medical examination, procedures including rehabilitation and outpatient services are assign separately in more detail fee-for-service system.

Case based payment is frequent used to encourage provider to use resources more efficiently. However, case-based payment of acute care e.g., DRG, cannot be used for subacute care, since the cost drivers of sub-acute care and acute care are different *(Turner-Stokes, Sutch, Dredge, & Eagar, 2012).*

Example of this type of payment, which CMS developed for different setting of IMC service in US include:

- Long-term care diagnosis-related groups (LTC-DRGs) is used to reimburse IMC cases in long-term care hospitals ((Medicare Payment Advisory Commission, 2008).
- Resource utilization group (RUG) is used to reimbues Skill nursing facilities (SNFs). RUG is calculated from combination of payment rate of six components of care—nursing, physical therapy, occupational therapy, speech–language pathology services, nontherapy ancillary services and supplies, and non–case mix in daily basis (Medicare Payment Advisory Commission, 2017)
- home health resource groups (HHRGs) is used for reimbursement to Home health agencies as a predetermined payment rate for a 30-day period of home health care under 12 clinical categories (Medicare Payment Advisory Commission, 2012) .
- case-mix groups (CMGs) based on the primary reason for intensive rehabilitation care is used to reimbursed Rehabilitation facilities services per visit (Medicare Payment Advisory Commission, 2014).
- New unified payment for US Post-acute care service has been ongoing developed to use instead of the existing case-based payment. The PAC provider will be reimbursed according to patient needed regardless of PAC setting *(Burke, Cumbler, Coleman, & Levy, 2017).*

Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification (AN-SNAP) has been accepted by Australian government as one of national casemix funding model for sub-acute care since 2011 *(Turner-Stokes et al., 2012)*. Currently, AN-SNAP provide 5 types of classification for payment; Rehabilitation, Palliative care, Geriatric evaluation and management classes, Psychogeriatric care, and Non-acute (maintenance) care *(Independent Hospital Pricing Authority, 2021).*

Value based payment is a new initiative to focus more on the outcome of services. Buddle payment for episode of disease is, currently, being researched under Medicare's Bundled Payment for Care Improvement Initiative using "Bundle payment" concept that aimed to controlling acute care spending, and post-acute care together.

Negotiation price under block grants is used in the National Health Service in UK. Block grant budget is unbundled from the national tariff payment system, and allocated to clinical commissioning groups (CCGs), which are purchasers in local level. CCG subsequently contract for rehabilitation services according to health need of their people and pay the providers *(Charlesworth, Hawkins, & Marshall, 2014).*

2.3 Development of IMC in Thailand

2.3.1 Context and process toward agenda setting and policy formulation of IMC

Health service delivery in Thailand is mainly provided by public health facilities under MOPH, which use the concept of primary health care, and set up service network with gate keeper system to refer patients who need advance medical treatment to tertiary care health facilities. However, other public health facilities, which are under supervision of other Ministries i.e., medical school and military hospitals are not well linked to the service network of MOPH. Private health facilities are also provided medical services without strong association with public health service network. However, Universal Health Coverage policy, emerged in 2002 from legal framework of the Constitution and National Health Security Act 2002, has proved to provide better health service delivery network using financial mechanism.

IMC services are not yet well developed in the Thai health care delivery system, which focuses more on acute care services. Hospital rehabilitation is very limited because of bed shortages, short duration of care, lack of human resources, and inadequate budget *(Harnphadungkit, Kheawcharoen, & Pannarunothai, 2009)*. Regarding to the National health Security Office (NHSO), the benefit package for IMC has not been concrete defined. The NHSO budget focused on benefit cataloged for permanent disability person e.g., providing prothesis and equipment before 2010. However, many small-scale initiatives on IMC services were emerged and policy research on IMC were conducted after 2010 *(S. Jitapunkul & Wivatvanit, 2009; Sutthichai Jitapunkul, Wivatvanit, & Kespichayawattana, 2012)*. MOPH, NHSO and Association of Physiatrists of Thailand conducted case studies and recommendation for IMC in 2016 *(Orathai Khiaocharoen, Pannarunothai, Zungsontiporn, & Riewpaiboon, 2010).*

The emerging of IMC originated from the policy for early discharged in-patients, which have increased after the implementation of the Universal Coverage Scheme (UCS). In 2017, the service aimed to reduce the disability of the patients in 3 groups of diseases such as stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury. Then in 2019, the MOPH has set up service plan for IMC and announced strategies to MOPH health facilities that all hospitals should provide IMC services to sub-acute patient. NHSO set up benefit cataloged, and concrete budget have allocated to ambulatory IMC services a few years ago. Payment for inpatient IMC service has still reimbursed under DRG reimbursement, and is considered as the same episode of service with acute care if the IMC services are provided within the same hospital. However, referred hospital for IMC service can receive reimbursement from the NHSO using DRG payment.

2.3.2 Intermediate Care Service Plan

IMC service plan is as follows:

- Thailand MOPH has issued a guideline for service plan in IMC. IMC service plan is the care plan for clinical patients who have passed through acute phase and are in stable condition, but have some impairment and have limitations in performing daily activities, which need rehabilitation from multidisciplinary team after referring from acute hospital to rehabilitation hospital to recover their health and resume to their normal daily life. The qualified patients for rehabilitation are stroke, SCI, and TBI patients who have BI score less than 15 or more than 15 with other impairments. IMC service plan consists of three components: process of care, duration of rehabilitation and rehabilitation program, which are assessed by multidisciplinary team. IMC period is 180 days after acute care program.

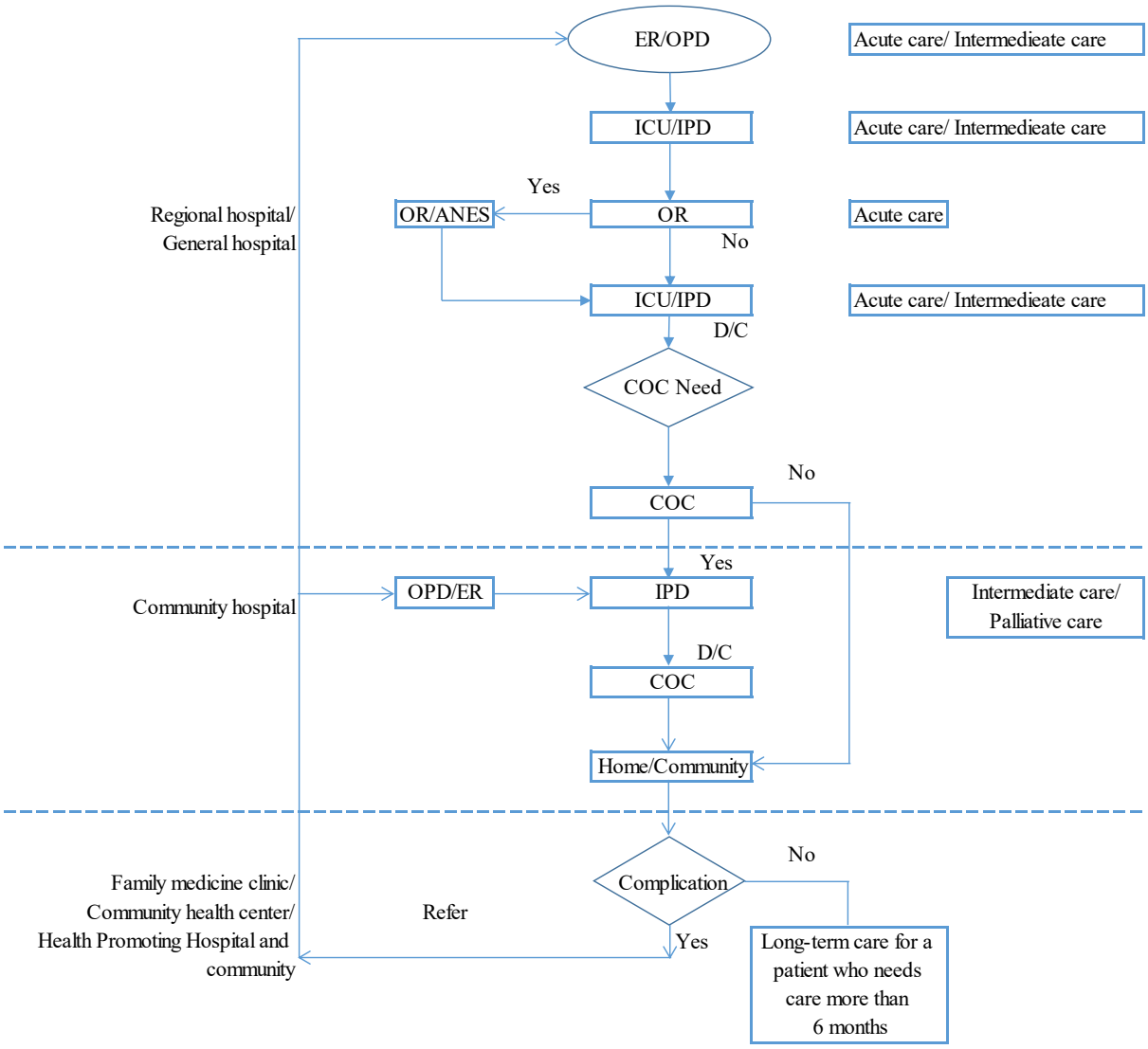
Regarding the KPI for IMC:

- MOPH has set up KPI for service excellence in service plan for IMC that M and F level hospitals provide IPD-BASED IMC care (Intermediate bed/ward). There are 3 KPIs:

  - Percentage of M and F level hospitals that provide IPD-BASED IMC (Intermediate bed/ward) (2021: equal or more than 80%, 2022: equal or more than 90%, and 2023: equal to 100%).
  - Percentage of provinces in health region that provide intermediate wards in M and F level hospitals (2021: equal or more than 40%, 2022: equal or more than 50%, and 2023: equal or more than 60%).
  - Percentage of stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury patients that survive and have BI score less than 15, and BI score more than 15 with multiple impairments to

receive IMC service and follow-up for six month or until BI score equals 20 (2021: equal or more than 65%, 2022: equal or more than 70%, and 2023: equal or more than 75%).

Figure 8 Pathways of IMC services in the IMC service plan



Source: Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health (2019). Guideline for Intermediate Care: Service Plan IMC

Some IMC definitions for the service plan include:

1.Intermediate care

The care is provided by the medical professionals such as physician, nurse, physical therapy, occupational therapy, and other multidisciplinary professionals. The purpose of care is focused on the continuously functional rehabilitations in 6 months. The continuity of care should be relied to all levels of the hospitals, from the regional hospital, the general hospital, community hospital, health promoting hospital to the community and household.

2.IMC patients

The patient already passes acute phase and in stable clinic conditions. Yet, the patient still suffers from the disability(ies) and has limited ability to perform the activities of daily living. The patient is also scored in the Barthel Index as less than 15, or 15 and above but suffering from other impairments. These conditions are accounted for 6 months after acute phase.

3. Continuity and Coordination of care (COC)

COC refers to the continuity of care from the hospital level(s) to household level. The services provided to the patients in responding the healthcare needs individually. The services are the results from the coordination of the multidisciplinary team, patient, and family. The goal of providing services is to recovered the function of the patient as much as it can be, or to control the severity of the symptom, and encourage the patient's ability to live well with their function. The continuity of care needs discharge planning which comprised of problems assessment, diagnosis, planning, practice and outcome assessment frequently. The continuing of care center is the coordination body in a province. The person who in charge in the center must have the database of the IMC patients for home visit services and provide the criteria for level of patients' healthcare needs. This person should set the multidisciplinary team according to patient's needs. Also, the short-term and long-term goal should be determined for the discharge planning *(Nursing Division of Ministry of Public Health of Thailand, 2013).*

Recommendations of the Service Plan IMC for IMC services are as follows:

Outpatient-based IMC model

In case the patients are not categorized as inpatients, the patient might be appointed for 1-3 times per week. The rehabilitation under the intermediate care OPD based program should be provided to the patient with 45 minutes per time which is account for at least 24 times within 6 months.

Inpatient-based IMC model

All community hospitals should provide at least 2 intermediate beds per hospital. The patients who is scored as less than 15, or 15 and above with suffering with multiple impairment.

The inpatient services included:

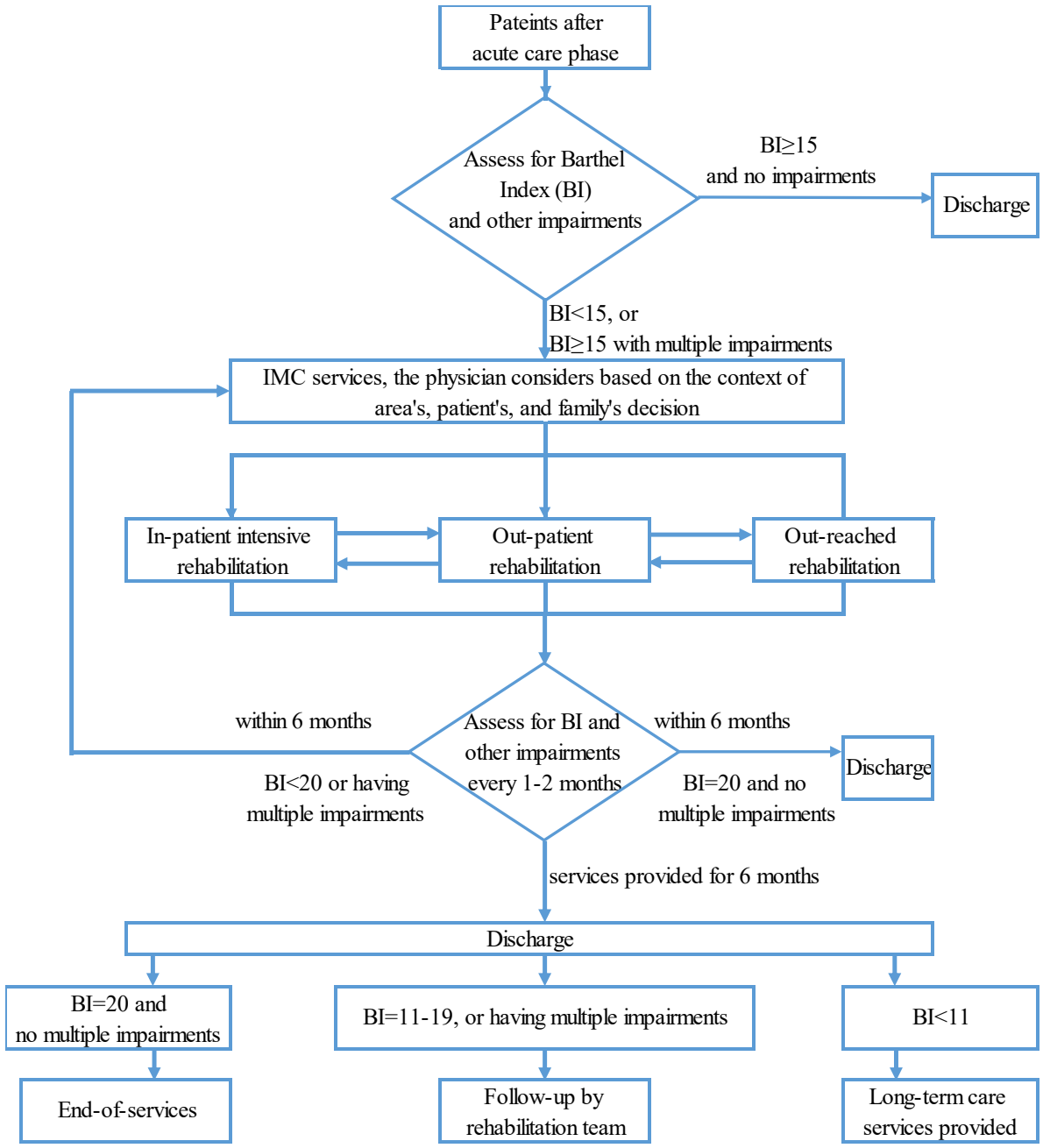
- Intensive IPD-BASED rehabilitations program: rehabilitation services at least 3 hours per day, and at least 5 days per week (this accounted number of hours does not include nursing care)

- Less intensive IPD-BASED rehabilitation program: rehabilitation services at least 1 hour per day, and at least 3 days per week (this accounted number of hours does not include nursing care)

- Home-based IMC services

In case the patient suffering from the physical malfunction but cannot receive the services at the hospital, the home visit services with multidisciplinary team must be provided. The outreach program (community) services should be provided at least 45 minutes per time within 6 months. Nonetheless, it is depended on the readiness for rehabilitation practicing of the patients.

Figure 9: Guideline for providing IMC service

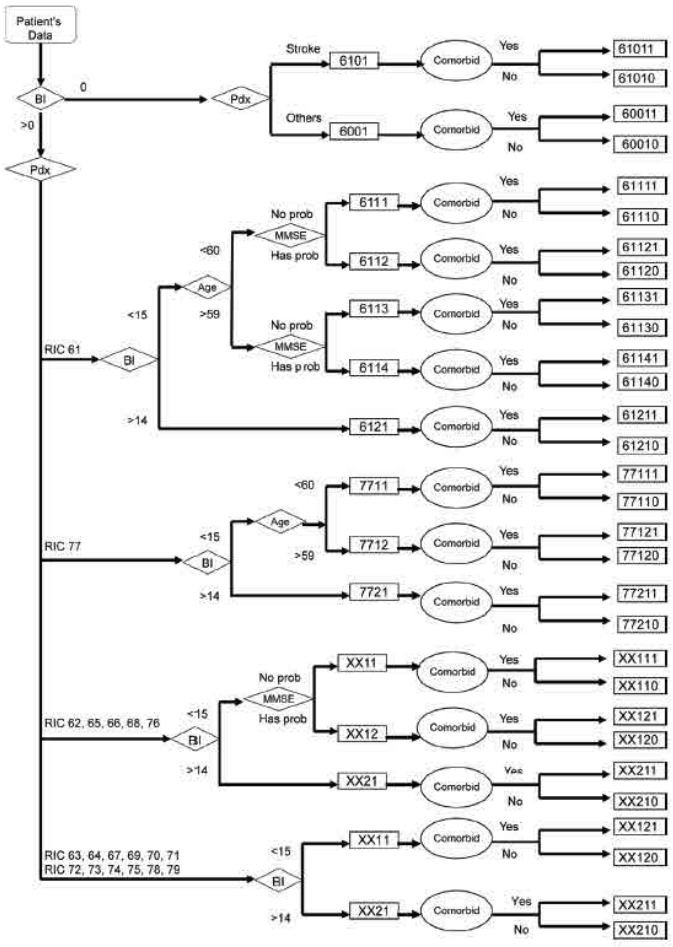


Source: Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health (2019) Guideline for Intermediate Care: Service Plan IMC

2.3.3 Casemix classification payment in Thailand

Thailand has developed and tested Diagnosis Related Group (DRG) since 1990, and has officially adopted for inpatient care payment within a global budget of the universal coverage scheme since 2003 *(National Health Security Office, 2002).* However, DRG is not appropriated for reimbursement of sub-acute care because of different clinical problems, mode of care and resource usage *(Tepper, Dejong, Wilkerson, & Brannon, 1995).* The case mix for subacute and nonacute has been developed and implemented in many countries such as CMG, which is used in the US and the Australian National sub-acute and non-acute patient (AN-SNAP). Therefore, Thai researcher team has developed a "Casemix Classification Payment for Sub-Acute and Non-Acute Inpatient Care (SNAP)" to use for payment "an episode of care provided for a person after an acute phase". This Thai SNAP contained 98 groups *(Orathai Khiaocharoen et al., 2010)*. However, The only use was only research *(Orathai Khiaocharoen, Pannarunothai, & Zungsontiporn, 2012; O Khiaocharoen, Pannarunothai, Zungsontiporn, & Riewpaiboon, 2011).* It has not yet been decided for reimbursement. The NHSO has still used DRG for reimbursed inpatient IMC cases.

Figure 10: SNAP Classification



Source: (Orathai Khiaocharoen et al., 2010).

3. ASSESSMENT OF IMPLEMENTATION

The quantitative study used data from pilot sites for in-depth analysis of IMC services and Claim data of the Universal coverage scheme (UCS) in 7 provinces of the S-TOP project to see financial cost of the IMC services, which can only analysis using DRG category. No detail ADL data available for analysis using SNAP classification.

3.1 IMPACT OF PANDEMIC SITUATION OF COVID-19

The COVID-19 pandemic has happened in Thailand since January 2020 and has lasted until 2022, which impact significantly in every pilot site of S-TOP project. PHO Nonthaburi has postponed the setting up of the rehabilitation ward at Bang Bua Thong Hospital 2 for COVID ward. Bang Si Thong TAO had closed its two Day-care centres. Staffs and budget were mobilized for COVID prevention and treatment. Other S-TOP sites also experienced difficulties in providing IMC services. From in-depth interview, home services were not possible during epidermic events. Many IMC cases were lost during follow-up. The S-TOP pilot sites has initiated the coping measure using tele-rehabilitation services to IMC cases. More details were discussed in the Case study number 3.

3.2 OUTCOME OF SEAMLESS SERVICE MODEL

S-TOP pilot sites had 3 service models: IPD-based IMC service model (Intensive IPD or IPD + Home-based); OPD-based IMC service model; and Home-based IMC service model. All models were expected to provide intensive rehabilitation for IMC cases. Assessment of outcome were conducted by assessing from provider perspective and patient perspective. Quantitative data and qualitative tools were used to assess the outcome. Provider perspective was done using telephone interview to assess satisfaction of patient (patient experiences), which will reflect the responsiveness of the health care system.

Outcome as the change in functional status (ADL) for patient who completed 6-months follow-up were around 70% in IPD-based IMC model and Home-based IMC model in Surat Thani province. Outcome result from other study in fiscal year 2021 at Saraphi Borvorn Patana hospital in Chiangmai also got similar outcome *(Pichamon Suwannachat, Pattarat Pansuvannajit, & Wichuda Jiraporncharoen, 2021)*. However, the loss of follow-up rate of patients who attended the IMC service was 58.25% of all IMC case. Hosp70, which is a community hospital with inpatient IMC ward had low loss of follow-up rate, at 28.10% and had the highest improvement of ADL level. Other hospital in Surat Thani allowed patient stay as inpatient for only a few days, then discharge patient to get Home-based IMC services, which was difficult to control whether patient could do intensive rehabilitation themselves. Take up rate of IMC of patients from acute phase to IMC phase in Surat Thani was also low (28.4%) in 2021 -2022.

Although the data from other pilot provinces are not adequate for analysis like Surat Thani province. In-depth interview from other provinces found similar findings regarding accessibility issue. One explanation of high loss of follow-up rate was the impact from the COVID-19 pandemic. All provinces reported that they could not implement many activities in the community during periodic outbreak of COVID-19 pandemic. Other gaps, which could be identified were mentioned and discussed in the following sessions.

3.2.1 Quantitative outcome of the service

Secondary data from the pilot site were utilized to assess the change of functional status after 6 months of receiving IMC service by each group of diseases, namely: stroke, traumatic brain injury, and spinal cord Injury. Surat Thani also included fracture hip for IMC services.

This analysis needed detailed individual episode of IMC services. Actually, data was recorded scattering in different software applications, and some were paper-based records. Therefore, only Surat Thani could provide detailed data for analysis for outcome. The rest could present only descriptive statistic.

IMC service data of the pilot sites

According to the secondary data from the pilot hospitals in the S-TOP's project, and other hospitals in the same province, the data source presented the database of the persons who needed IMC services in each province in the financial year 2021-2022 (B.E. 2564-2565). The data as shown in Table 2.

Table 2. Number of patients eligible for IMC services in each province

Pilot provinces	Number of patients who needed IMC services (n)		
	2021	2022	Total
Surat Thani	766	628	1,394
Phuket	295	98	393
Nakorn Rachasima	5,887	2,545	8,432
Chiang Mai	374	N/A	374
Chonburi	235	97	332
Nonthaburi	326	157	483
Khon Kean	1,040	556	1,595
Bangkok	97	39	136

The number of patients group by diseases in Surat Thani was showed in Table 3. Most of the patients was stroke patients, following by patients with traumatic brain injury, and fracture hip. Surat Thani included fracture hip into the eligible disease for IMC since 2022. Thus, the top-two disease of Surat Thani province should be fracture hip instead of traumatic brain injury.

Table 3: The number of IMC patients in Surat Thani by group of diseases, which are eligible for IMC

Group of diseases	Patients	
	Number (n)	Percentage (%)
No data available	1	0.07
Fracture hip	99	7.10
Spinal cord Injury	33	2.37
Stroke	1,146	82.21
Traumatic brain injury	105	7.53
Traumatic brain injury + Spinal cord Injury	9	0.65
Traumatic brain injury +Stroke	1	0.07
Total	1,394	100.00

The analysis for take-up rate of patient from acute phase (Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord Injury and Fracture hip) to intermediate phase was conducted using data from "Patient service data" from Suratthani hospital and "IMC service report" of Sarat Thani province. Take-up rate of IMC services from acute phase was found to be at only 28.4%. This figure illustrated the accessibility problem of IMC services, which might also happen in other provinces.

Table 4: Take up rate of IMC services from acute phase by disease groups

Diagnosis	No of case in Acute phase	No of case	
		No of case IMC	%
Fracture Hip	133	99	74.44%
Spinal cord Injury	14	33	235.71%
Stroke	2732	1146	41.95%
Traumatic brain injury	2009	105	5.23%
Traumatic brain injury + Spinal cord Injury	6	9	150.00%
Traumatic brain injury +Stroke	20	1	5.00%
Total	4914	1394	28.37%

Loss of follow-up of IMC cases was found to be 58.25% (Table 5). Death accounted for 4% of total IMC cases. Loss of follow up resulted from moving house was accounted for 3.44%. Completely follow-up was only 33.86%. The lowest follow up rate was found among patients with fracture hip. This situation needed to be analysis further to seek appropriate measures to improve IMC services, especially during the golden period during the first six month.

Table 5: Number of patients who needed IMC in Surat Thani by type of the results of follow-up

Group of diseases	Completely follow-up		Loss follow-up		Death		Moving house	
	number	%	number	%	number	%	number	%
No data available	0	0.00	1	100	0	0.00	0	0.00
Fracture hip	9	9.09	86	86.87	1	1.01	3	3.03
Spinal cord Injury	12	36.36	17	51.52	0	0.00	4	12.12
Stroke	413	36.04	644	56.20	53	4.62	36	3.14
Traumatic brain injury	33	31.43	60	57.14	7	6.67	5	4.76
Traumatic brain injury + Spinal cord Injury	4	44.44	4	44.44	1	11.11	0	0.00
Traumatic brain injury +Stroke	1	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	472	33.86	812	58.25	62	4.45	48	3.44

Percent of loss follow-up was varied from hospital to hospital as shown in Table 6. Hospital in the S-TOP project also had high loss follow up.

Table 6: Follow-up results for intermediate care patients in Surat Thani by hospital

Hospital	Completely follow-up		Loss follow-up		Death		Change place to live/stay	
	number	%	number	%	number	%	number	%
Hosp57	58	57.43%	12	11.88%	17	16.83%	14	13.86%
Hosp59	0	0.00%	6	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
Hosp42	1	14.29%	6	85.71%	0	0.00%	0	0.00%
Hosp62	14	18.92%	60	81.08%	0	0.00%	0	0.00%
Hosp68	74	83.15%	0	0.00%	7	7.87%	8	8.99%
Hosp71	11	64.71%	3	17.65%	3	17.65%	0	0.00%
Hosp60	9	9.09%	88	88.89%	1	1.01%	1	1.01%
Hosp58	9	39.13%	13	56.52%	0	0.00%	1	4.35%
Hosp65	13	22.03%	44	74.58%	2	3.39%	0	0.00%
Hosp61	39	52.70%	29	39.19%	5	6.76%	1	1.35%
Hosp38	26	70.27%	6	16.22%	2	5.41%	3	8.11%
Hosp63	15	41.67%	17	47.22%	1	2.78%	3	8.33%
Hosp67*	3	6.67%	40	88.89%	2	4.44%	0	0.00%
Hosp66	34	28.10%	80	66.12%	3	2.48%	4	3.31%
Hosp64	7	16.67%	35	83.33%	0	0.00%	0	0.00%
Hosp69	30	71.43%	3	7.14%	3	7.14%	6	14.29%
Hosp70	98	64.05%	43	28.10%	11	7.19%	1	0.65%
Hosp54	6	26.09%	13	56.52%	2	8.70%	2	8.70%
Hosp59	6	9.38%	56	87.50%	1	1.56%	1	1.56%
Hosp81*	19	6.74%	258	91.49%	2	0.71%	3	1.06%

Note: ** was the hospital in S-TOP's project*

Hospitals in Surat Thani province provided 3 types of IMC services including inpatient IMC services, out-patient IMC services, and Home-based IMC services. The data of the number of patients by type of service by hospital as found as shown in Table 7.

Table 7: Number of patients by type of service by hospital

Hospital	Inpatient services		Out-patient services		Home visit		Not available data	
	number	%	number	%	number	%	number	%
Hosp57	60	59.41	39	38.61	0	0.00	2	1.98
Hosp59	1	16.67	5	83.33	0	0.00	0	0.00
Hosp42	6	85.71	1	14.29	0	0.00	0	0.00
Hosp62	43	58.11	27	36.49	0	0.00	4	5.41
Hosp68	63	70.79	23	25.84	1	1.12	2	2.25
Hosp71	12	70.59	3	17.65	0	0.00	2	11.76
Hosp60	66	66.67	29	29.29	0	0.00	4	4.04
Hosp58	18	78.26	5	21.74	0	0.00	0	0.00
Hosp65	32	54.24	23	38.98	0	0.00	4	6.78
Hosp61	47	63.51	25	33.78	0	0.00	2	2.70
Hosp38	37	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Hosp63	22	61.11	11	30.56	0	0.00	3	8.33

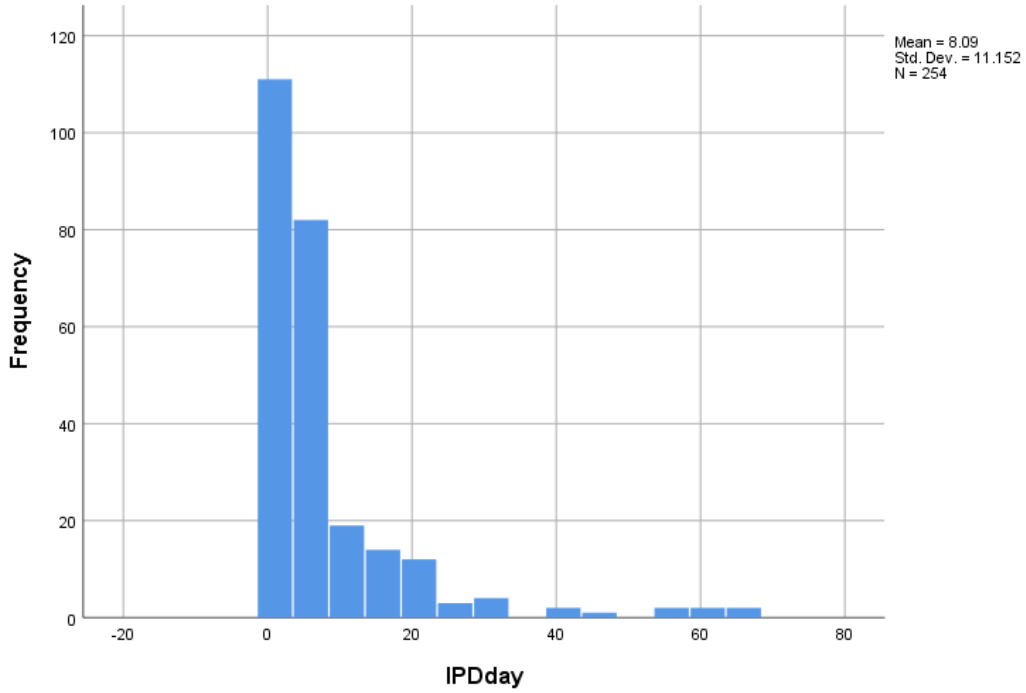
Hospital	Inpatient services		Out-patient services		Home visit		Not available data	
	number	%	number	%	number	%	number	%
Hosp67*	28	62.22	14	31.11	0	0.00	3	6.67
Hosp66	72	59.50	43	35.54	0	0.00	6	4.96
Hosp64	27	64.29	13	30.95	0	0.00	2	4.76
Hosp69	19	45.24	21	50.00	1	2.38	1	2.38
Hosp70	107	69.93	42	27.45	1	0.65	3	1.96
Hosp54	16	69.57	7	30.43	0	0.00	0	0.00
Hosp59	37	57.81	25	39.06	0	0.00	2	3.13
Hosp81*	3	1.06	267	94.68	0	0.00	12	4.26
Total	716	51.36	623	44.69	3	0.22	52	3.73

Note: ** was the hospital in S-TOP's project*

Half of the patients got inpatient IMC services (51.36%). 44.69% of cases got home IMC services. Only a few cases used outpatient IMC service, which might be problem of incomplete data collection. In this study, patients, who got inpatient IMC services first and got Home-based IMC visit later were defined as inpatient IMC cases. Patients, who got only Home-based IMC services were counted as Home-based IMC cases.

Focusing on the inpatient IMC services, Patients who got inpatient IMC had length-of-stay as about 8.09 days on average. The maximum days were 68 days, and the minimum day was 1 day, as shown in the histogram.

Figure 11: the histogram of the length-of-stay of intermediate care patients.



Average LoS of the patients who needed IMC in Surat Thani province was 8.09, median LoS was 4 days. the Average LoS of Hos70, which had an IMC ward, was 16.38 days. Other hospital mainly used out patient IMC services and Home-based IMC visit. Therefore, LoS were shorter as in Table 8.

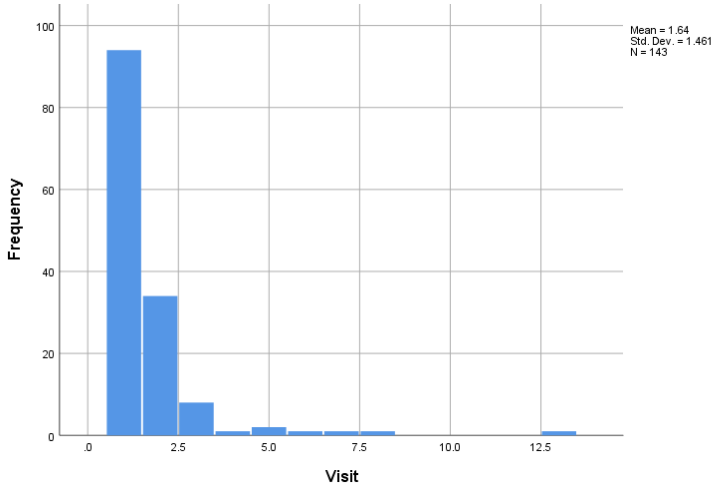
Table 8: The number of length-of-stay for intermediate care patients by hospital, in Surat Thani

Hospital	Average Length-of-stay (LoS)	Min	Max
Hosp57	4.41	1	9
Hosp59	Not available		
Hosp42	3.5	2	5
Hosp62	3	3	3
Hosp68	3.61	2	18
Hosp71	4.78	3	5
Hosp60	5.25	5	7
Hosp58	3.44	1	16
Hosp65	Not available		
Hosp61	2.92	1	9
Hosp38	6.55	1	25
Hosp63	8	2	14
Hosp67*	Not available		
Hosp66	Not available		
Hosp64	2.6	1	6
Hosp69	1.5	1	2
Hosp70	16.38	1	68
Hosp54	1.33	1	2
Hosp59	2	1	4
Hosp81*	8.68	1	96

Note: ** was the hospital in S-TOP's project*

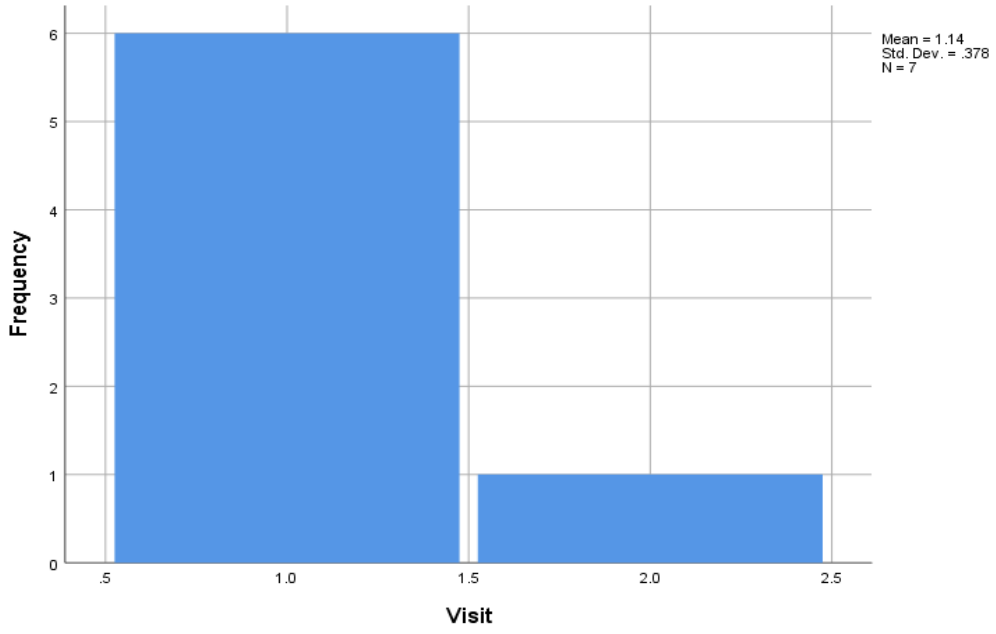
Analysis of outpatient IMC service in a Tertiary hospital found that average visit per patient of this type of IMC cases was only 1.64 visit. A few people got more than 7 visits.

Figure 12: Number of Visits per patient of outpatient IMC cases of a Tertiary hospital



Situation of Outpatient IMC model is the same in community hospital, which locates close to patient's home. Analysis of outpatient IMC service in Hosp67, which is one of hospital in S-TOP project, found that average IMC visit per patient was only 1.14 visit.

Figure 13: Number of Visits per patient of outpatient IMC cases of a community hospital



Change in Barthel Index as a quantitative outcome

According to Barthel Index, the level of functional status is divided into 5 categories as follows:

0-20 is totally cannot do the activities of daily living

25-45 is partially in doing the activities of daily living

50-70 is moderate in doing the activities of daily living

75-90 is mostly in doing the activities of daily living

91-100 is totally can do the activities of daily living

Table 9: Changes of functional status after 6 months of receiving IMC service by each group of disease

Group of disease	The number of functional status level changes						
	-2 levels	-1 level	Not changes	1 level	2 levels	3 levels	4 levels
Fracture Hip	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	55.6%	0.0%
Spinal cord Injury	0.0%	8.3%	0.0%	58.3%	8.3%	8.3%	16.7%
Stroke	0.5%	2.9%	26.4%	12.6%	22.3%	24.2%	11.1%
Traumatic brain injury	0.0%	0.0%	39.4%	12.1%	9.1%	12.1%	27.3%
Traumatic brain injury + Spinal cord Injury	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%

Traumatic brain injury +Stroke	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
All groups	0.8%	2.8%	26.1%	13.3%	21.0%	23.7%	12.3%

Analysis for changing of ADL after 6 month of IMC services found that ADL Level of 26% of IMC cases did not change. ADL changing 3 level and 2 level were 23.7% and 21.0% respectively.

Table 10: Changes of functional status after 6 months of receiving IMC service by IMC Service Model

IMC Service Model	Percent of functional status level changes						
	-2 Level	-1 Level	0 Level	1 Level	2 Level	3 Level	4 Level
In-patient	0.57% (2)	2.87% (10)	27.59% (96)	12.93% (45)	20.40% (71)	22.70% (79)	12.93% (45)
Home	1.65% (2)	2.48% (3)	20.66% (25)	14.88% (18)	22.31% (27)	27.27% (33)	10.74% (13)

There is no different outcome of functional status level changes among In-patient IMC model and Home-based IMC service models. From previous analysis Median LOS only 4 days, and many IMC cases under In-patient IMC model got further Home-based IMC service after got short in-patient IMC services. Outpatient IMC service was not showed in this analysis, there were only 2 cases, which was error of data collection.

Further analysis by separation of IMC cases under in-patient-IMC model by LOS into 2 groups to show effect of "real" intensive in-patient rehabilitation. IMC cases, who got inpatient IMC services more than 10 days, had better improvement of Activities of Daily Living (Table 11).

Table 11:Changes of functional status after 6 months of receiving IMC service by length of Stay

Type of service	% pt have changed Level Activities of Daily Living						
	-2 level	-1 level	0 level	1 level	2 level	3 level	4 level
IPD day >10	0.00%	2.00%	20.00%	22.00%	30.00%	16.00%	10.00%
Other	0.95%	2.84%	26.78%	12.32%	19.91%	24.64%	12.56%

Level of functional status change after 6 months of IMC services by hospital wase shown in Table 12. Hosp70 showed higher proportion of increase level of functional status than other hospital. This hospital provided intensive inpatient IMC service for 107 cases out of total 153 IMC cases. This evident might suggest that intensive rehabilitation provide better outcome (level changes of functional status).

Table 12: Changes of functional status after 6 months of receiving IMC services by hospital

Hospital	The number of functional status level changes						
	-2 levels	-1 level	Not changes	1 level	2 levels	3 levels	4 levels
Hosp57	1.72%	1.72%	17.24%	17.24%	20.69%	22.41%	18.97%

Hospital	The number of functional status level changes						
	-2 levels	-1 level	Not changes	1 level	2 levels	3 levels	4 levels
Hosp59	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Hosp42	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Hosp62	0.00%	7.14%	50.00%	21.43%	14.29%	7.14%	0.00%
Hosp68	0.00%	5.41%	21.62%	12.16%	24.32%	22.97%	13.51%
Hosp71	0.00%	0.00%	63.64%	0.00%	18.18%	9.09%	9.09%
Hosp60	0.00%	0.00%	22.22%	0.00%	44.44%	33.33%	0.00%
Hosp58	0.00%	0.00%	33.33%	0.00%	33.33%	22.22%	11.11%
Hosp65	0.00%	0.00%	46.15%	15.38%	7.69%	23.08%	7.69%
Hosp61	0.00%	5.13%	28.21%	10.26%	12.82%	23.08%	20.51%
Hosp38	0.00%	7.69%	19.23%	3.85%	19.23%	30.77%	19.23%
Hosp63	0.00%	0.00%	33.33%	6.67%	6.67%	46.67%	6.67%
Hosp67*	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Hosp66	0.00%	0.00%	32.35%	23.53%	26.47%	14.71%	2.94%
Hosp64	14.29%	0.00%	14.29%	14.29%	28.57%	14.29%	14.29%
Hosp69	0.00%	0.00%	36.67%	16.67%	16.67%	23.33%	6.67%
Hosp70	1.02%	1.02%	21.43%	18.37%	22.45%	25.51%	10.20%
Hosp54	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	33.33%	50.00%	16.67%
Hosp59	0.00%	0.00%	33.33%	16.67%	0.00%	16.67%	33.33%
Hosp81*	5.26%	10.53%	21.05%	0.00%	31.58%	31.58%	0.00%
All hospitals	0.85%	2.75%	26.06%	13.35%	20.97%	23.73%	12.29%

Note: ** was the hospital in S-TOP's project*

3.2.2 Qualitative outcome from patient perspective

Telephone survey patient/relative showed that most of patients/caregivers were satisfied with the IMC services. In-depth discussion found that their expectation for IMC were not high, and usually they even had no idea of what benefit of IMC services could bring. The findings also confirm that it is not easy to encourage patient to do intensive rehabilitation by themselves at home. Caregiver (Daughter) of a stroke case said that she could not convince her father for rehabilitation. Patients and caregivers also did not understand the concept of intermediate care including rehabilitation technique. Thus, their expectation regarding to the intermediate care was limited. Some cases report that it was difficult to contact health care personal during home-based IMC services.

Patient also complained about a long waiting time for OPD-BASED visit for follow up and for OPD-BASED rehabilitation. Difficult to travelling from home to hospital and cost of travelling were frequent complain from patient. One case report that she spent around 10,000 Baht/month for her parent to travel to hospital for OPD-based rehabilitation. Local government officers showed good example to solve this problem indifferent way. One solution is preparing a Van with full equipment to help patient with disability for transportation. Another solution is established rehabilitation facility in a community, which easy for patient and caregiver to access.

3.3 SEAMLESS PROCESS OF IMC SERVICE

IMC services were more seamless comparing to previous service before S-TOP project. Seamless workflow and information flow of services of IMC cases has been designed and implemented in every S-TOP pilot sites. Although they used the same guideline of IMC service plan, some detail were different according to specific context of each province *(S-TOP, 2022)*. Success factors came from leadership of PHO and S-TOP team leader together with intensive monitoring from Inspector General of MOPH.

However, there were some rooms to provide better seamless services, and improve the take up rate and follow up rate. The missing jigsaws include:

1. "Care coordinators", who are responsible to coordinate care plan for patient. The seamless IMC service model in the IMC service plan include S-TOP project paid attention mainly to facilitate transition smoothly by relying on each facility system. Review literature showed that care coordinator is crucial needed for make a "Real" seamless service for the IMC cases. If there is care coordinator for each person, problem of take up and loss follow up could be prevent. Concrete protocol us not enough, Any IMC case might need specific interventions.
   An interviewee clearly showed comparison IMC with community based long-term care (LTC) that LTC caregiver play critical role to coordinate seamless care. IMC did not have case manager. Coordination among different units in hospital and between hospitals relied on conventional way.
2. "Input constrain": in-depth interview/focus group and stakeholder meeting of professional society in central level and administrators together with health care professional in S-TOP pilot area were agree that more resources are needed for appropriate and efficient IMC services. Although, administrator of UCS and MOPH agree in principle that more resources are needed, they would like to set up more concrete definition and cost-effectiveness analysis to set up boundary of benefits for IMC and select only cost-effective intervention.
   Inadequate health personal both quantity and quality e.g., Physical therapist (PT), Speech therapist (ST), Occupational therapist (OT), Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R), and rehabilitation nurses. Focus groups in every province showed the same concern on inadequate of personal and emphasis that it is the most critical issue for a good quality IMC service. Review literature and Personal opinion of Deputy President of Nursing council board, President of Physical Therapy Council and President of Royal Collage of Royal College of Physiatrists of Thailand were conformed the interview result from focus groups discussion.
   Insufficient health care personal (workforce) were shared in the qualitative discussion including both health care personal (workforce) and capital investment.
   - Capital investment for equipment and renovation of building were needed. However, capital part was not much. Items during this transition period, which were reported in the in-depth interview including patient beds for IMC cases, renovation of toilet and building. However, more resource will be needed for more advance IMC in the future. Some S-TOP provinces such as Chonburi and Chiangmai have set up "Equipment sharing centre", which patient could borrow equipment during IMC period and return.
   - Human resource of different health care professional for IMC could not consider for only current situation, however, formal training, which link to capital investment, must be considered. There are specific contexts for different health care professionals:

a. Increase production of Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R), according to standard of Royal collage of Physiatrists of Thailand, training hospital at least 2 PM&R for 1 resident trainee and that facility must have rehabilitation ward and rehabilitation facilities.
b. Nursing council has a standard requirement for training rehabilitation nurse, which also need collaboration with hospital with rehabilitation facility and nursing school supply side (teaching site) are easy to establish. The problem is demand site that hospital did nor prepare appropriate environment for IMC work, not enough incentive, and carrier path for rehabilitation nurse.
c. PTs also have problem of demand site especially carrier path. Currently, there are still thousands of new graduated Physical Therapist that decide not to work in public hospitals. Because hospitals cannot offer permanent position, only day contracts are offered to them, which are not attritive compare to private practice.
d. OTs and STs have supply side constrain to increase more therapists.

Some of the interviewees reported that the local governments hire their own PTs. Actually, some Provincial Administrative Organizations (PAOs) and Municipalities are interested to provide IMC services.

Another option is direct contract with private PTs and other professional to participate in IMC service network. The NHSO has already piloted this initiative. However, it should be more integrate as a part of seamless network of IMC service. The improvement of compensation for rehabilitation and physical therapy services which allow patients who require intensive rehabilitation to be able to receive rehabilitation services for a total of 20 times with 450 Baht per time. With this improvement, the patients can also receive services from a private physiotherapy clinic with licensed physical therapists.

Another solution is encouraging the volunteers to participate in IMC service, which has already done in S-TOP pilot site. However, these volunteers have limited capability. They can do only simple rehabilitation practice. Some interviewees share the limitation on available time of volunteer and issue of paid caregivers.

3.4 GAPS IN DESIGN AND DEPLOYMENT STRATEGIES

Significant factor for the success in the implementation of IMC service in provincial level was attributed to the leadership of Provincial Health Officers (PHO) and team leaders of S-TOP project. Team leader of S-TOP project usually played important role in IMC service plan in provincial level, some also participate in previous C-TOP and L-TOP project and used experience from previous project in the S-TOP project. However, some gaps of IMC service design and employment strategies were identified.

3.4.1 Understanding of IMC Services Among Health Care Providers

Deployment strategy to increase understanding of concept and practice of IMC service is very important. The concept and appropriated practice of IMC service was new for health care professional in provincial health offices, hospitals and THPHs, they did not learn much about IMC in their under-graduation training. The community-based LTC has already implemented in the S-TOP pilot site before the S-TOP.

Rehabilitation service has already provided for LTC patients. In-depth interview found that some health care professional in many provinces still confuse between IMC services with a restorative function and LTC service for a maintenance function. They reported that, in the first year of implementation of IMC, many health providers still thought that services for IMC cases were LTC cases or permanent bed-ridden patients. The same "jargons", i.e., rehabilitation and home care, were used in manual and guideline of both IMV service and LTC service without concrete explanation. Some key performance indicators (KPIs) which use process indicator, i.e., number of home visit, create more confusion.

Interviewees agree that S-TOP through training by Japanese expert, study visits and periodic meeting help them to better understand concept and appropriate IMC practice including the IMC service plan. They discussed that knowledge from S-TOP help them to better design provincial plan for IMC such as expansion of seamless care to local authorities and transportation support for IMC cases.

Guideline of IMC service plan has proved that it is a very useful tool to translate IMC policy to design in provincial level. Some provinces also develop manual for implementation into detail of implementation plan. However, the guideline of IMC service should be revised to more emphases on how to restorative function e.g., intensive rehabilitation, in IPD-based, OPD-based, and home-based model. IMC cases should be identified, and services should be planned and evaluated separately from home visit for acute or chronic or LTC cases. Increasing understanding of the concept and applying appropriate practice have to be done for all health care professional not only practitioners for IMC services but also administrators

3.4.2 Health literacy regarding IMC Services

Increase in health literacy of people and local government is another important deployment strategy. As LTC was implemented before the IMC, the local government had the concept of seamless care for LTC. They know what should be done with LTC. When the seamless care for IMC was introduced, more information was needed to close the gaps about the concept, activities, and expected goals. Evident from patient's telephone survey and in-depth interview health care provider got the same picture that People also did not know what to expect from IMC services, how to receive the services, which lad to not cooperate during the IMC services at home or loss follow up. Some candidate cases for IMC were found by health volunteers in the community without proper arrangement for IMC services.

Legal frameworks are more flexible to recruit health care personal for provide services. However, MOPH must discuss with MOI to approve this initiative of PAOs and Municipalities. However, the movement of local authorities for IMC were slower than the community based long-term care initiative. Some local authority reluctant to set the rehabilitation center in the community or reset priority of existing rehabilitation center. Since it links to recruitment of hiring physical therapist by the local authority budget. The interviewee reported that the local government might feel more comfortable if they act as the social support such as transportation services. However, after COVID-19 situation, the idea of rehabilitation center was raised again as they saw that it could improve the services accessibility of their people in the community.

IMC is in an early stage of development that still depends on individual knowledge, experiences and personal leadership, which is subject to change and seemingly unsustainable. For instance, changing of local governor of local authorities had huge impact on the support for IMC services under local authority and coordination among stakeholders.

3.4.3 Integrated information for IMC services

IMC workflow and information flow were better seamless than before S-TOP project. However, integrated information system of all S-TOP pilots was still fragmented. Integrated information system of all S-TOP pilots was fragmented. They used available IMC software such as COC, which was designed to collect data for report together with their own application and paper document to establish the seamless information for IMC services. S-TOP pilot site suffered a lot to prepare their ad hoc integrated information system such as IMC@ KHONKAEN and STROKE@ application for clinical communication, transfer patient and management information system (MIS) to monitor implementation of S-TOP project. Some province relied on ready-made application such as Google application for data collection and data sharing. Integrated. Communication application such as Line and mobile telephone were also used for specific communication. IMC workflow was better seamless than before. Despite availability of the platform, in-depth interview found that sometime there were delays in patient information transmission. Because of the delayed key-in, patients arrive before the patient information.

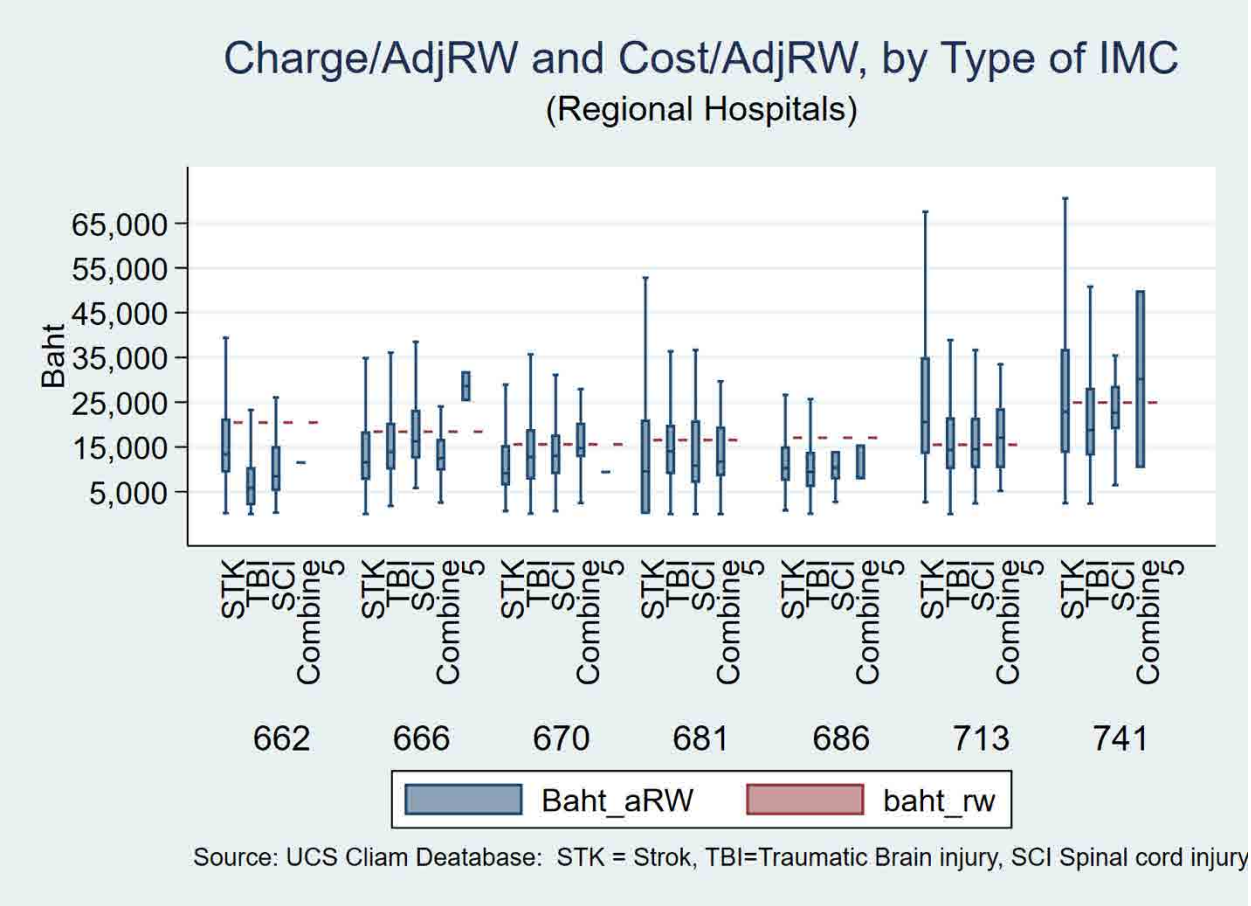
Although there were data collection in provincial level, data of all application in provincial level were not transferred to Health Data Center (HDC) of MOPH. MOPH designed standard data set for disability, rehabilitation, community activity and community service, few hospitals input data into the database of MOPH

3.4.4 Financing IMC and Payment Method Claim data of the pilot sites

Financing for IPD-based IMC model

Evident was showed that IMC services in regional hospitals had problem of financial sustainability. Services for 3 groups of diseases – Stroke, Traumatic Brain Injury and Spinal cord injury- were not cost-recovery, if there were no additional payment. UCS used to pay additional subsidies for patients (5000 Baht) in cases of IMC patient getting at least 5 rehabilitation services per 1 admission. The treatments could exceed 5 days or but not less than 5 days, which could be done in different hospitals. Analysis of claim data of the UCS found that median of charge/AdjRW of regional hospitals were lower than median of cost/AdjRW[1] in all 7 provinces in the S-TOP project.

Figure 14: Compare charge and cost of IP services by Type of IMC in Regional hospitals of S-TOP project



Source: UCS Claim data 2022-2023: Calculated by Dr. Orathai Khiaocharoen

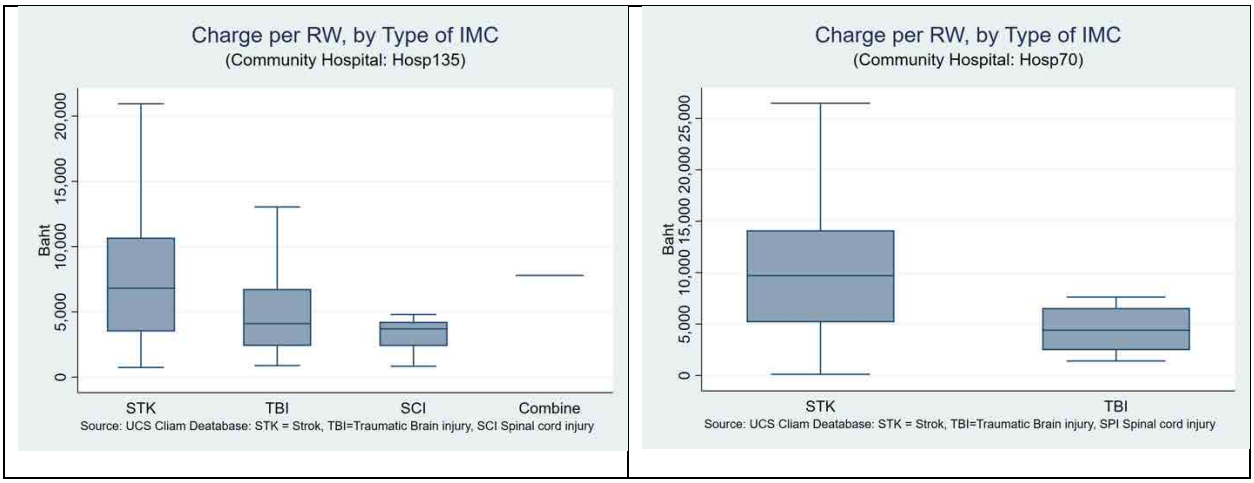
New payment method for IMC is needed. Financial disincentive is a significant hurdle of IMC deployment in regional hospitals, general hospitals include medical school according to opinions from interview of professional societies and providers. Quantitative analysis confirmed those arguments. The UCS has been

[1] Cost/AdjRW is total IPD cost divided by total adjust Relative Weight (AdjRW) of DRG of each hospital. Permanent secretary office of MOPH use simple "Quick method" to calculate unit cost of OP services and IP services. This "Quick method" is assumed that ratio of OP cost : IP cost is equal to ratio of OP revenue : IP revenue. The result of estimation by this method is acceptable for management purpose. It has been used instead of the "real" cost accounting methodology due to limitation of capability of the accounting team in hospitals.

used DRG as a main payment method for acute care IPD of UCS since 2002. Although IMC service has been accepted as another group of benefit catalogue like prevention and promotion services, IMC has not yet been separated episode of care from acute care inpatient episode. DRG has still use to pay for episode if admission either only acute care or acute care plus IMC. Review literatures confirmed that separation of IMC episode from acute care and new payment method are needed for better efficient and better outcome of patients. Payment method can be bundle for both acute and IMC. Set

Setting up a rehabilitation ward for inpatient intensive IMC services is financially possible. Quantitative analysis showed that Hosp135, which has already set up a rehabilitation ward had median charge of IMC services; Stoke, TBI and SCI lower than 10,000 Baht per AdjRW. Charge per AdjRW of a "Rehabilitation ward" of community Hosp70, which was not in the S-TOP project, were also less than 10,000 Baht. Current payment of UCS should be enough to finance these intensive IPD services of these hospitals if case-mixed pattern of IMC patients were the same as in 2022. However, the rehabilitation ward in community hospitals can only provide uncomplicated IMC cases. Rehabilitation ward in general hospital and regional hospital are still needed for some specific cases such as stroke patients with neurogenic bladders.according to opinion of experts.

Figure 15: Charge/AdjRW of intensive IP IMC Model in community hospitals by Type of IMC of S-TOP project



Source: UCS Claim data 2022-2023: Calculated by Dr. Orathai Khiaocharoen

Financing for OPD-based IMC model and Home-based model

Both OPD-based IMC model and Home-based model were needed to stay as inpatient for not more than 5 days by design,and were follow by IMC service as OP services or home services. UCS pays for IPD part by DRG and using fee-schedule payment for home services.

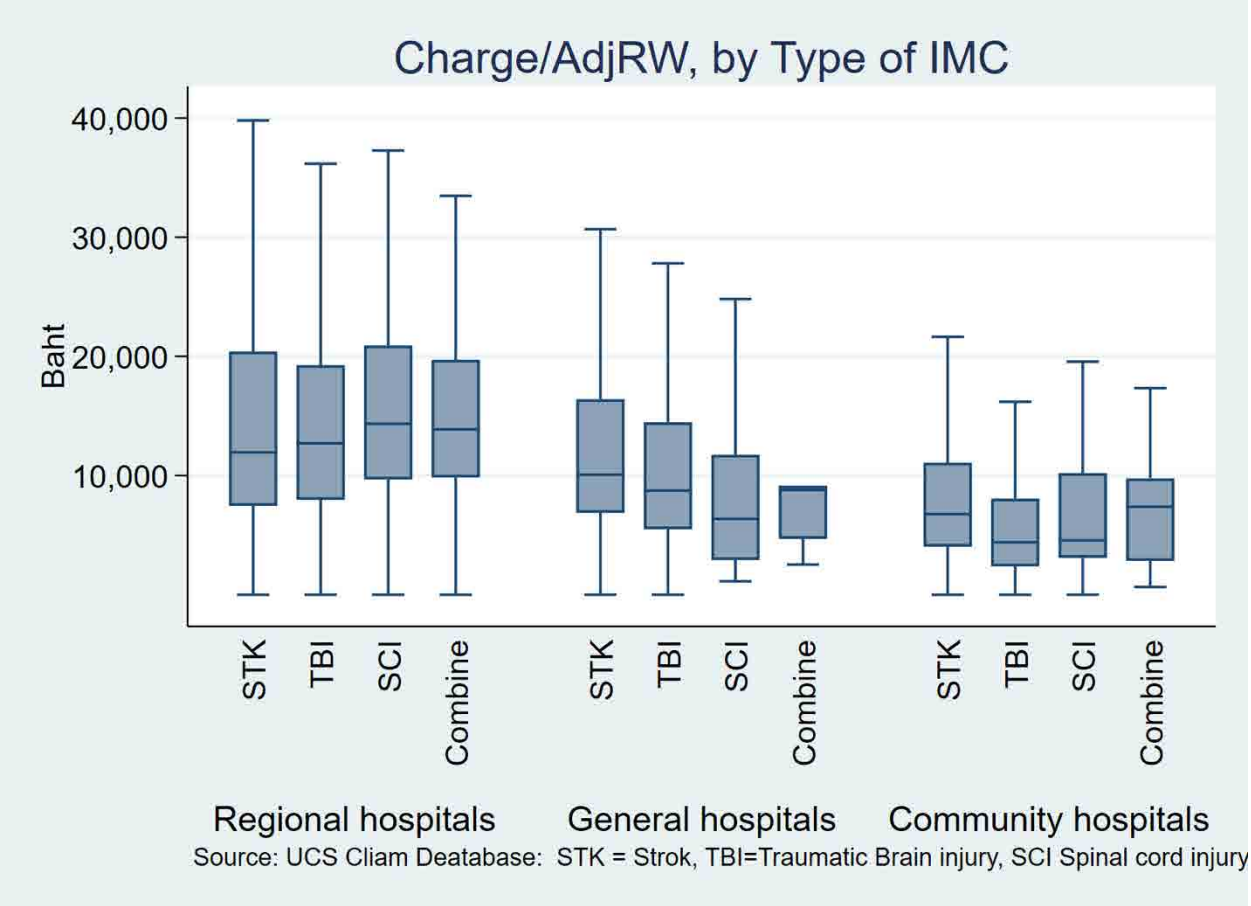
Quantitative analysis found that median charge/AdjRW of general hospitals and community hospitals were lower than regional hospitals. Median charge of community hospitals, which were lowest comparing to regional and general hospitals, might reflect IP cost of OPD-based IMC model and Home-based model.

Analysis also showed that community hospitals also got financial pressure from current IP payment method of UCS. Current payment of UCS might be sufficient for IMC services in current setting of Home-based IMC model, which patient stayed at community hospital not more than 5 days. However, if more patients stayed longer, hospital would not get cost-recovery from the inpatient services of IMC.

Fee schedule for payment for OPD and home IMC services of UCS were set without any concern on outcome of IMC and appropriated cost of effective service. It applied Fee-for-service principle, focused on specific activities and limitation of number of services for cost containment. This fee schedules were argued by providers that detail lists were too rigid and not enough, i.e., not include other professional activities,

not cover transportation, and not cover tele-consultation. The new payment method should be designed in more outcome based without going into the trap of never-ending detail specific services. However, the new payment should be prepared after analysis for cost of efficient services.

Figure 16: Compare charge/AdjRW IP services by Type of IMC in all hospitals of S-TOP project



Source: UCS Claim data 2022-2023: Calculated by Dr. Orathai Khiaocharoen

Social Security Scheme (SSS) and Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) were interested to implemented IMC. Currently, they provide IMC services under current acute care benefit designs, which may be not efficient.

Patient journey and financing for IMC cases of Social Security Scheme (SSS) should be deployed. Current IMC services are included in contract for main contractor of health care services of the SSS, which member of SSS have to register as a gatekeeper. There is no explicit IMC services and financing for IMC in the SSO. Unlike the Workmen Compensation Fund for work injuries. Which patient, who need IMC can access to one of five Industrial Rehabilitation. These centres offer intensive inpatient rehabilitations. Patients need to be appointed and assessed for treatment plan before admission. Member of the SSS can use these services as well. Although, these centres are available, they have not yet been integrated into IMC service of SSS. IMC facilities in MOPH could also be used for IMC cases of SSS.

The Civil Servant Medical Benefit Scheme are also not well developed for design and deployment of payment methods for effective IMC services. Current payment methods of inpatient IMC cases have used DRG and additional payment. Detail fee schedules has been used for ambulatory services including rehabilitation services, which are easily modified for IMC.

3.5 COST EFFECTIVENESS OF IMC MODELS

Our study aimed to compare cost effectiveness of three current IMC models of S-TOP project - IP base IMC, OP based IMC and Home based IMC - from UCS perspective and hospital perspective. Data of IMC cases from Surat Thani hospital during fiscal year 2021-2022 (B.E. 2564-2565) was used to link with UCS claim database, which only cases with 3 groups of principle diagnosis or secondary diagnosis - Stoke ICD-10 I60–I64, Traumatic Brian Injury ICD-10 S061–S069 and Spinal Cord Injury ICD-10 S14.0–S14.1, S24.0–S24.1, S34.0–S34.1, S34.3 -were selected. However, only 123 IMC cases was successful matching between Surat Thani Hospital and other hospitals in Surat Thani province for further analysis. Death and loss follow-up cases, which was define as records without BI scores at third month or later, were excluded except full recovery cases (BI scores = 20).

Table 13: baseline demographic characteristics and ADL

	Home based IMC	IP based IMC	Total
Total cases	20	4	24
IMC type			
Stoke	20	4	24
TBI	0	0	0
SCI	0	0	0
Sex			
Male	11	3	14
Female	9	1	10
Age			
30-59	7	1	8
60+	13	3	16
BI score (Started)			
0-4	8	3	11
5-9	8	1	9
10-14	3	0	3
15-18	1	0	1
BI score (Ended)			
0-4	5	3	8
5-9	3	1	4
10-14	2	0	2
15-18	4	0	4
19-20	6	0	6

The Barthel index (BI) was used as functional Outcomes. Functional Improvement was defined as the difference between the BI scores after IMC completion and that before IMC initiation. BI reflects a patient's mobility and self-care ability and includes 10 aspects of activities: feeding, transfer, ambulation, stair climbing, dressing oneself, bowel and bladder control, self-hygiene, toilet use, and showering. The Thai version BI score can range from 0 (least independent) to 20 (most independent). In our study, BI was evaluated at the beginning and the end of the IMC program if patient fully recovered (BI =20) or was followed up until 3-6 months.

Cost from UCS perspective was comprised of paying IPD cases, which including IMC in the same admission episode, using DRG and paying ambulatory services of rehabilitation, occupational therapy, and speech therapy 150 Baht/day (not more than 30 services within 6 month). Baht per Adjusted relative weight in fiscal year 2021 (Baht/AdjRW) was 10,662 Baht, which higher than Base rate 8,350 Baht/AdjRW for

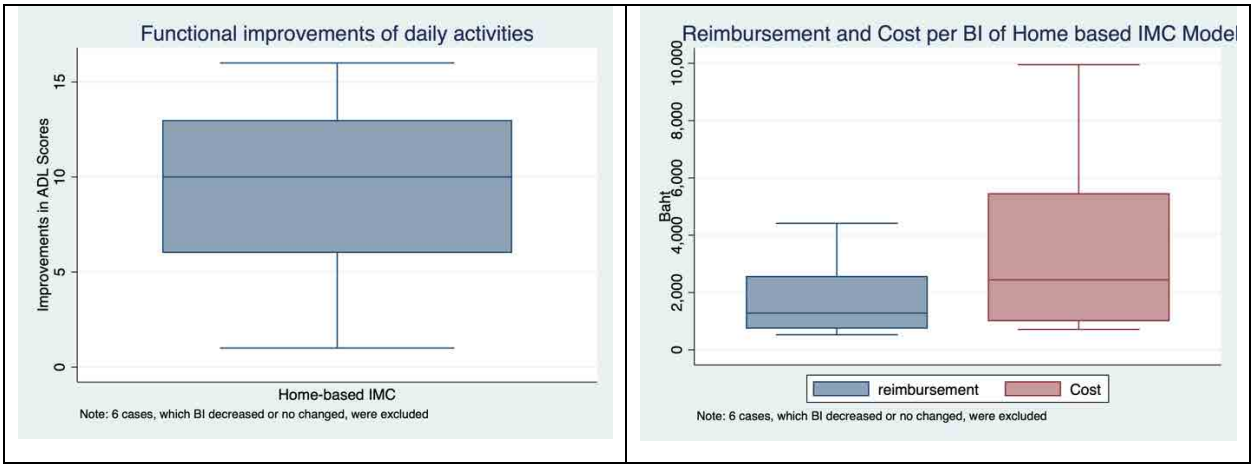
compensation of decreasing IP services of other diseases from COVID-19 pandemic (NHSO, 2022). The Baht/AdjRW in fiscal year 2022 was also assumed equal to the Baht/AdjRW of 2021.

Cost from provider perspective was calculated from charge of IP services, which were converted into cost by ‘’Quick method” of MOPH plus cost from ambulatory services of rehabilitation, occupational therapy, and speech therapy. There was no detail study for cost of specific ambulatory services. Therefore, in this study, the ambulatory cost for IMC services was assumed that it was equal to the reimbursement price of UCS fee schedule (150 Baht/service).

Cost-effectiveness was calculated as the total cost divided by the improvement in BI. Methodology of this analysis was modified from study from Taiwan (Tung et al., 2021). However, detail of IMC services such as the total rehabilitative hours during the entire program, were not available. No detail analysis was not able to calculate to evaluate time requirement per 1-point increase of BI.

Cost effectiveness study could not be done. Since data was not enough and only cases in home-based IMC were available. Analysis found problem of charge data of some cases, and 6 cases was found that BI was no change or decreased, which might indicate that these cases were not good candidate for IMC. Finally, only 24 cases were left for analysis. Only 15 cases were left for analysis, all used home-based model. Median cost of improvement of 1 ADL point was around 2,400 Baht with inter-quintile range (P25-P75) was between 760 – 6,000 Baht. Specific prospective design for cost effectiveness study should be done in the next step. Services were not cost recovery, cost of services were higher than reimbursement.

Figure 17: Functional improvement and Cost per BI of Home-base IMC model



Note: Total BI score is 20: 6 cases, which BI decreased or no changed, were excluded.

3.6 RECOMMENDATION

Formative evaluation found that the S-TOP project provided better design and deployment of the service plan for IMC in Thailand. However, many gaps in the design and deployment of policy and strategies have been exist. Most of these hurdles are needed structural problems, which could not correct by hospital level or provincial level. Advocacy and increasing IMC literacy for all stakeholders are also important strategies. Recommendations were drawn from the evaluation in previous assessment including literature reviews. Some recommendation could be done in short term, some need long term strategic plans.

3.6.1 RECCOMENDATION ON SYSTEM DESIGN

Five policy designs must be corrected by system design

1. **Seamless IMC service model should have care coordinators to coordinate "real" seamless services**. IMC service is a good example of services, which need integrated care design to coordinate service delivery providing in many health care facilitates settings including services community level. Care coordinator with people centre approach will make the real seamless (integrating) care. Family doctors and primary care teams are the most appropriated to perform care coordination function in current context.
   Although this evaluation study could not be concluded regarding cost-effectiveness of IMC models. Evident from other studies (Chen, Kane, & Finch, 2000; Srisubat et al., 2019; Tung et al., 2021) showed that Home-based IMC model and IP-based IMC model are both cost effectiveness, if they were applied intensive rehabilitation protocol and have sufficient resources. Both model should be standard IMC models in Thailand.
2. **Public private partnership for seamless IMC services** should also be included clearly in IMC service plan and reimbursement of social health protection schemes not only Universal Coverage Scheme, but also Civil Servant Medical Benefit Scheme and Social Security Scheme and Workmen Compensation Scheme.
3. **Coordination of strategy plan and operation plan of IMC service plan and Primary care service plan** including other relevant service plan should be done including concrete guild line for implementation.
4. **MOPH should coordinate with MOI to issue MOU or legal framework for guarantee that IMC is one of the missions of TAOs, Municipalities and TAOs.** Specific regulation or notification of the MOI maybe needed for explicit implementation of these IMC services including necessary workforce like the case of community-based LTC and paid-caregiver.
5. **Constructive discussion of stakeholders including professional societies, academic institutes, related ministries, local government paganizations. representative of providers and people to set up a long-term strategy plan of IMC.** This plan should include at least concrete boundary of IMC services, expected outcome of IMC, service model and reform plan for service delivery, infrastructure, workforce, appropriated budget for IMC and payment methods

3.6.2 RECCOMENDATION ON DEPLOYMENT

Concrete deployment measure:

1. **Integrated information for IMC services is urgent needed.** Current information system is fragmented, and some are still in paper-based report. Information system can be separate as a day-to-day information for operation, MIS for monitoring and EIS for decision support.
   There is no "real" integrated electronic medical record or electronic health record system for IMC service in Thailand. This integrated information for integrated care plan and collaboration among health care professional in different facilities including patients needs standard clinical terminologies such as SNOMED CT and standard data-communication such as HL7. This is a long-term effort. However, it should start as soon as possible.
   Currently, most of IMC application such as COC, which pilot sites used, were designed to collect just data for management information for monitoring (report) including self-developed in each province. However, data of all application were not transfer to Health Data Center (HDC). Although MOPH designed standard data set for disability, rehabilitation, community activity and community service, few hospitals input data into this database of MOPH.
   MOPH should announce an urgent strategy to force every application create export function that use standard of HDC, and send service data to HDC.
2. **New payment method for IMC** is also an urgent need to provide cost recovery of effective IMC service. Suitable payment mechanisms. *(Rungnoei, Kaeowichian, Suthamchai, Girdwichai, & Pannarunothai, 2021).* Cost effectiveness research is needed to confirm appropriate payment for different IMC models.
3. **Increase health literacy regarding IMC**
   Appropriate information in every channel should provide to people, social media to increase Health literacy regarding IMC. cost and easy to implement and requires a variety of interventions.
4. **Workforce plan for IMC both public and private** should be done separately from general workforce plan in term of full time equivalent (FTE) to guarantee appropriated and efficient IMC services.

4. CASE STUDIES

IPD-BASED IMC service and Home-based IMC service/OP IMC service at Saraphi Bovorn Pattana Hospital

Context:

Bonding of community and health care personal in Saraphi district can be traced back to the early 1960s. This district has long been a well know pilot site of health care initiatives regarding community participation. The Thai primary health care model including initiative of health volunteer emerged in this district in 1960s (Primary Health Care Division, 2014), before it has been accepted as one of national strategy for primary health care.

Saraphi Bovorn Pattana Hospital is established in 2015 as a branch hospital of Saraphi hospital, which is a community hospital of Saraphi district, for providing inpatient IMC service for patients before transfer back home and providing ambulatory rehabilitation service and other IMC services. It locates next to the Chopu Tambon Health Promotion Hospital (THPM), which was 5.5 km. from Saraphi hospital. This hospital was established from joined effort of community, Si Don Moon temple (Wat) and Saraphi hospital. Khuba Noi, current abbot of the temple has played important role as an advisor and financial support for the hospital construction and activities. This service model has been accepted by people and policy maker (HFocus, 2017) and recognized as one of model development for IMC (Department of Medical Service, 2019).

Patient journey of IMC cases of the S-TOP project in Chiangmai usually started at Nakornping Hospital, a regional hospital, after clinical of patients were stable and Assessment for IMC were done for cases with BI less than 15 or 15-20 with multiple impairments. The hospital discharged IMC cases and the patients to Saraphi Bovorn Pattana Hospital in case patient lived nearby the hospital or would like to get service.

Saraphi Bovorn Pattana Hospital has a rehabilitation ward (12 Beds). Multidisciplinary team comprise of PM&Rs, nurses, PTs and other professional staffs and support staffs. The hospital provided IMC services used 3 service models including intensive IPD-BASED IMC services, OPD-BASED IMC services or Home-based IMC service. Patients are assessed for BI regularly for six months duration. After six months, those who have BI more than 20 are discharged from the program, while those who have BI below 20 will be sent to LTC program for continuing rehabilitation.

Initiative

Intensive IPD-based IMC in community hospital setting

Intensive IPD-based IMC service has operated since 2015. Outcome of intensive IPD-based IMC cases in this hospital was as same as the result of IPD-based IMC services in general hospitals/teaching hospitals. Study in fiscal year 2020 showed that among 69 IMC cases, number of bed-ridden cases decreased from 30 cases at the beginning of the IMC services to 13 cases at the end of services. Average Increasing of Barthel ADL index was 3.94±3.28 in average (p-value<0.05). Average LOS was 12.21 days, which 12% of IMC cases needed hospitalization for more than 20 days. (Pichamon Suwannachat et al., 2021).

Patient support for Home-based/OPD-BASED IMC service model

The hospital also operated OPD-BASED rehabilitation since 2015 and finally, has increased more services to cover other IMC, Thai traditional medicine, and Acupuncture. As requirement of the hospital that patient should have their caregiver stayed with them during admission. Many patients must use OPD-BASED IMC

services or Home-based IMC services from this limitation. However, there were also some IMC cases preferred to stay at home during getting intensive rehabilitation. Transportation and equipment were the main hurdles for success of OPD-BASED IMC rehabilitation. The hospital initiative two measure to mitigate the hurdles include:

- **Equipment sharing center**

Saraphi Bovorn Pattana Hospital set Equipment sharing center, which patients could borrow equipment such as inflatable bed, suction machine, or oxygen generator for using at home. Patients returned equipment to the center after the end of IMC period.

- **Transportation**

Saraphi Bovorn Pattana Hospital worked closely with local authority, which supported transportation between home to hospital. However, from patients' and caregivers' opinions this arrangement of transportation was not quite seamless due to unclear information and communication problems.

Success factors

1) Saraphi Bovorn Pattana Hospital has already have experienced regarding IMC service before the beginning of S-TOP project and IMC service plan of MOPH. However, S_TOP project has enhanced the setting and health professionals for the clearer definition and procedures for intermediate care as an intensive rehabilitation and the appropriate length-of-stay of the IMC patients.
2) strongly social and financial support from community and Si Don Moon temple (Foundation of the Abbot). Donation from the foundation and people were main source of revenue for hospital investment and day-to-day operation.
3) Altruism is one of organizational culture of staff of the hospital, which transfer from generation to generation for many decade. This reputation help a lot for coordination and support from community and temple
4) Constructive engagement of leadership of leaders and partnership of heath sector, community and local authority with strong moral support from the Abbot of Si Don Moon temple play important role to overcome a lot of handles not only at the establish the hospital but also day-to-day operation.

Lesson learned and suggestions

1) Advocacy and increase literacy on IMC

The concept, practice and expected goal of IMC were new for all stakeholders in Saraphi district, when it was first introduced before 2015. At that time, they have already familiar with supporting permanent disable people and community based LTC, which had volunteer caregivers to support family taking care disable people including case managers. Both health care personal and people including local politicians though that IMC and LTC was the same concept and practice. The seamless care was designed for LTC including transportation for older person and emergency cases.

It took time to advocate and provide more information to all stakeholders to have more IMC literacy regarding its concept that IMC aim to do intensive interventions to improve physical function; unlike LTC which focuses only maintain quality of life and physical function as much as possible. This concept and practice were clearer after the S-TOP had step in. People in the community has been informed through community events such as meeting at Si Don Moon temple.

2) Local authority roles in IMC are the must, but are still unclear

Saraphi Bovorn Pattana Hospital has succeeded in engaged local authority to support IMC service. Not only as committee but also management and financing some service such as transportation. However, IMC should be considered as a new role in perspective of local authority in Saraphi. They are familiar with social support such as transportation not health care

Unlike LTC, which local authority has already familiar with it. The MOI has already announced that LTC is one of roles of local authority, and they must coordinate with health care personal and they can use their budget either from MOT or UCS or their revenue for LTC services such as salary for paid-caregivers.

3) Intensive rehabilitation as OPD-BASED IMC model and Home-based IMC model

Although there is not fully success, Initiative of Saraphi Bovorn Pattana Hospital for OPD-BASED IMC and Home-based IMC service showed concrete practical design of the system, which are needed for OPD-based IMC and Home-based IMC model. Adequate resource and well design with clearly understand of expected outcome is the must for successful OPD-BASED IMC service and Home-based services.

4) Intensive rehabilitation as IPD-BASED IMC model

IPD-based IMC model at Saraphi Bovorn Pattana Hospital showed clearly that it is possible to set up good quality rehabilitation unit in a community hospital. It showed resource needed, team design and administrative system, which can be example for other community hospital

5) Financing source for IMC

Alternative financing such as local authority and donation are demonstrated from this case study, which other hospital could adapt for their own context. However, these alternative sources are just supplementary to the main financial option, appropriated revenue from Social Health Protection schemes, e.g., UCS.

6) Current organization structure, Health workforce of hospital must be reformed

Success stories of IMC service in this hospital cannot happen under current old designed organizational structure and workforce of community hospital. Even this hospital also complains inadequate workforce, e.g., doctors. Nursed, therapists and caregivers. OPD-BASED IMC services or Home-based services also are need officially reform for more staffs, new function, and new organizational design.

New role of Local Authorities in IMC services: Case studies from Chonburi province

Context:

The Decentralization Act is a legal framework of decentralization from central government to local authorities. It mandated that all public services, including health services, should be the responsibility of the Local Governments. After pilot transfer of health centres (currently is Tambon Health Promotion Hospital: THPB) to Sub-district Administrative Organization (TAO)and a long period of discussion, finally, the Decentralization to the Local Government Organization Committee decide that MOPH should transfer THPBs to PAOs. The decentralized process has already started for this fiscal year (2023).

This decentralized process has impacted directly Home-based IMC service plan, which directly involved THPBs. The experience from the S-TOP, which many TAOs also participated in IMC service, should be one of model for the decentralization reform.

Seamless Home-based IMC services has been designed together among Chonburi hospital and Sattahip KM10 Hospital (60 beds community hospital) and the PAO. IMC cases, who were discharged from Sattahip KM10 Hospital were got further rehabilitation at this centre according to the designed care plan. LINE group has been used for communication between hospitals and the centre for discussion and follow up progress of IMC cases including report in COC application.

Initiative

Day Care Centre of Phlu Ta Luang TAO

S-TOP Chonburi had collaborated with Phlu Ta Luang TAO to establish a Day Care centre since October 2020 for providing rehabilitation service to IMC cases and LTC cases and other activities to improve quality of life of people in the community. This centre is managed by PAO. The PAO set up service team comprise of 1 nurse, 1 physical therapist, 1 therapist assistant, 2 caregiver, 1 driver and 1 housekeeper.

Seamless Home-based IMC services has been designed together among Chonburi hospital and Sattahip KM10 Hospital (60 beds community hospital) and the TAO. IMC cases, who were discharged from Sattahip KM10 Hospital received further rehabilitation at this centre according to the designed care plan. LINE group has been used for communication between hospitals and the centre for discussion and follow up progress of IMC cases including report in COC application. Special designed VAN for disability people was used to transfer IMC case between the centre and home. This VAN was donated from Japanese Government. The centre got some ideas from the study visit to Bang Si Thong TAO[2] and other TAOs.

[2]Bang Si Thong subdistrict (Tambon) locates in Nonthaburi province. This subdistrict was a CTOP pilot site of the "Project on Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Older Persons in the Kingdom of Thailand (CTOP)" during 2007 to 2011, and Project on Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People (LTOP) during 2013 to 2017. This TAO has actively used experiences from the 2 projects to system design and implement older person services including 2 Day care centres, home care, community based LTC and transportation for older person and disability people between Day care centre and home

.

This centre has also been used for weekly activities of the Senior citizens club and other community clubs. TAO used budget from the Local health fund of the NHSO for these activities.

The centre got support from both public and private organizations such as Wat Rat Samakee KM10, and Queen Sirikit Naval Hospital Foundation. For instance, Equipment sharing center has been found by collaboration of Queen Sirikit Naval Hospital Foundation and Chonburi PAO to provide equipment and special bed for IMC and LTC cases. Wat Rat Samakee provide space to set warehouse for 100 beds and equipment include donation from people during merit events. The Chonburi PAO also provide some equipment and maintenance these equipment and beds.

Successful factors/ Facilitators

1. Leadership of Chonburi PHO and S-TOP team leader to convince the Phlu Ta Luang PAO to join the S-TOP project and agreed to set up Day care centre for IMC services.
2. Legal framework of TAO, Subdistrict Council and Subdistrict Administrative Organization Act, and Decentralization Act, provide authority to TAO to do this initiative.
3. Collaboration of heath sector, community and local authority and private sector including temple and foundation for both technical support and financing.

Lesson learned and suggestions

1. It is possible that local authorities involve in IMC service as an implementor for Home-based IMC services. They can prepare budget to finance operation including staffs. In addition, Provincial Administrative Organization Act, Municipality Act, and Subdistrict Council and Subdistrict Administrative Organization Act allowed local authorities to set up their business or joint venture with private sectors. However, the MOI have to approve the plan.
2. Political sustainability is an important issue. Current model at Phlu Ta Luang TAO is only policy of local politician. It could be changed if the new local political step in. This political situation is similar in other TAO. It's better to create an official legal framework for IMC service. MOPH must lead the discussion in this topic with MOI and representative of PAOs, Municipalities and TAOs.
3. Financial sustainability should be explored in details whether Day care center with IMC service can be operated by TAO. In-depth interview found that the number of cases was too low to operate the services. They needed to expand the target group for Day care center, in which rehabilitation services should be provided for 10-12 patients per day. Day care center had not yet operated at full capacity. More cases were needed for the cost recovery of the centre. Study for the joint venture among TAOs and/or PAO should be done in the next step.

.

Tele-Rehabilitation in S-TOP Project and its application in the new-normal era

The rehabilitative service is one the most importance dimension of Intermediate care (IMC). Telerehabilitation is a branch of telehealth or telemedicine in which rehabilitation services have been provided to patients at remote location by using communication and information technology. Many applications include: Tele-consultation for "Face-to-face" telemedicine model using interactive videoconferencing between providers to specialized expertise, Tele-monitoring for clinical application wherein the rehabilitation provider sets up monitoring or assessment technology for the client, Tele-homecare for clinician (usually a nurse or technician) providing rehabilitation services delivery from various providers to the client's home, and Tele-therapy for conducting therapeutic activities in the home setting using a therapy protocol that is remotely managed by the therapist. *(Brennan, Mawson, & Brownsell, 2009; Totten et al., 2016).* Telerehabilitation has been widely implemented to determine if it could replace face-to-face rehabilitation which in turn could reduce costs, increase geographic accessibility, and extend limited resources for providing rehabilitation services *(Kumar & Cohn, 2012).*

Context:

The disruptions of healthcare services during the COVID-19 pandemic enhanced the importance of telerehabilitation as the way to maintain and manage operational challenges of IMC services. In Thailand, telerehabilitation has emerged in IMC practice especially during the pandemic as a tool to ensure continuity and seamless care after patients' discharge from hospitals. In this case study, we concluded our interviewed all stakeholders in each province: provincial health office representatives, deputy hospital director, physiologists, physiatrists or rehabilitation medicine, family physicians, nurse managers, and IMC patients/ care givers. Noted that only elder patients 60 years or older with stroke, traumatic brain injury, or spinal cord injury were included. These were conducted using face to face, zoom meetings, and phone calls (patients only).

Tele-rehabilitation applications, which were used during pandemic of COVID-19, were simple one, there is no need to ask support from IT technician. More comprehensive software and system have not yet implemented in Thailand.

Initiative

Process of telerehabilitation service starts after patients' discharge. LINE application is commonly used in all provinces. Each hospital creates the LINE group to provide two-way communications with IMC patients and their care givers, except for Bangkok, which creates an additional channel that is LINE official of hospital (@1rpp) which is 24-hour available to enable all patients, including IMC patients to receive consultations and other services (e.g., make appointment, call emergency services). The LINE group enables staff to remotely monitor and follow up patients' conditions and progress of rehabilitation. Staff shares a how-to-video clips which help patients to rehabilitate/exercise at home, while patients also could share the videoclip of their progress which staff can provide feedback. In case of Nonthaburi, patients who need to adjust their nutrition, there is a separate LINE group for this patient groups. Besides sending video clips for rehabilitation via LINE groups, Nonthaburi has uploaded video clips and manual for home program of IMC patients in the Nonthaburi provincial health office website

Patients and Caregiver experiences.

Some of patients, mostly living in the urban area (e.g., Nonthaburi, Chonburi), have experienced the telerehabilitation services. The others were followed up by staff via the telephone call. For those who were included in LINE group, they did not use it as a communication channel, but rather to receive information. Some of them found that the information is not that useful because it is similar to what they receive before discharging. They expected to receive the useful information, which was not received during the discharge process. In addition, the questions asked by other patients in LINE group were not useful for them as patients have different problems and conditions. As well, sometimes, they did not reply when staff asked them. While those who received the follow up from telephone call seemed to be more satisfied with services as they felt that they received care or attention from staff or volunteer health workers.

Provider experience/satisfaction on telerehabilitation

Teleconsultation among health care professionals were frequently used during the COVID-19 pandemic. It was used for teaching, consultation, follow up referral cases. LINE was the most frequently used application due to the simple installation and usage.

Due to the effectiveness reason, many providers agree that telerehabilitation neither can replace the face-to-face rehabilitation nor be applicable in the remote areas or rural contexts. This is because many patients do not have access to smartphone, but their caregivers do. Thus, it is not possible to follow up via video call during the daytime as the caregivers work outside their home. Even during the pandemic, the distance home visit, not directly contacting with patients, was the solution for the rural contexts, not the telerehabilitation. Another limitation is that the information collected via LINE cannot be systematically collected and used for data analysis, the application to link this information is needed. Thus, telerehabilitation is useful for remotely follow up patients who cannot visit the hospital.

Successful factors/ Facilitators

1) Online application in mobile phone and computer were in place, and people are already familiar with using these applications before the pandemic. During the pandemic period, when people were forced to stay at home, the utilization of these applications have been accelerated.
2) Setup online communication using mobile applications were usually easy for end-users. It did not require support from IT technician, and it's free of charge.

Lesson learned and implications

1) Tele-Rehabilitation for consultation, e.g., LINE, is practical during pandemic of COVID-19. It enhanced connectivity and communication among health care professional. It should be developed further for better functions for the new-normal era.
2) Tele-Rehabilitation for monitoring and education patients and families were useful during pandemic of COVID-19. However, there were some limitations:
    a. Telephone is the most practical one-to-one contact.
    b. Communication using mobile phone application, e.g., LINE, is another channel for one-to-one contact. However, possess of smartphone of patients is a common barrier to use the telerehabilitation in people living in rural areas, which usually has mobile phone, but did not a smart phone or internet was not well function

c. LINE group might be used only for specific purpose. Some patients or their family did not want to share their personal information via group.

3) Telerehabilitation for evaluating and giving consultation or treatment from a remote area using wearable sensor technologies or robotic equipment such as tele-exercise program for stroke patient for assessing physical performance, walking ability, and fall risk and offering rehabilitation services. These new technologies have been hot research area in not only developed countries but also in Thailand (Kiper et al., 2018; Kumar & Cohn, 2012; Stonsaovapak, Sangveraphunsiri, Jitpugdee, & Piravej, 2022). These initiatives will be available soon.

Appendix 1: Interview

In-depth interview at Central level

Total 10 key informants were interviewed (Personal perspectives)

Institutes	Number of participant
NHSO	1
Physical Therapy Council	1
Royal College of Physiatrists of Thailand	1
CSMBS	1
Health Administration Division, Office of Permanent Secretary MOPH	1
Nurse, Institute of Geriatric Medicine	1
IMC service plan	1
Nurse council	1
PM&R expert	1
SSO	1

In-depth interview providers and administrators at pilot sites

Total 28 participants, who were administrator of PHO, hospital, Municipality, health care provider, i.e., doctors, nurses, PTs were interview.

Province	Number of participants
Chiangmai	5
Khon Kaen	5
Nakhon Ratchasima	2
Surat Thani	5
Phuket	1
Chonburi	4
Nonthaburi	5
Bangkok	1

In-depth telephone interview patients/family caregivers at pilot sites

Total 26 cases from Chiangmai, Khon Kaen, Nakhon Ratchasima, Surat Thani, Phuket, Chonburi and Nonthaburi except Bangkok were interviewed

Focus group discussion

83 Health care personals participated in focus groups discussion

Province	Focus groups	Partipants	Site
Chiangmai	JICA S-TOP	5 persons: Doctors, Nurses, PTs, OT	Nakornping Hospital
			Saraphi Bovorn Pattana Hospita
			THPH
	Non JICA S-TOP	7 persons PTs, OT and Nurses	San Pa Tong Hospital
Khon Kaen	JICA S-TOP	7 perspns Doctors,Nurses, PT, OT	Khon Kaen hospital
			Nam Phong hospital
			Municipality
	Non JICA S-TOP	10 persons Doctor, Nurse, PT, public health	PHO
			Non-S-TOP project Hospitals
Nakhon Ratchasima	All hospitals	13 persons Nurse, PT	PHO
			Hospitals
			City community health centres
Surat Thani	All hospitals	14 persons Doctors, Nurses, PT, staff from Municipality	Surat Thani hospital
			Phunphin Hospital
			Ban na Municipality
			PHO
Phuket	All hospitals	13 persons Nurse, PT,OT	Vachira Phuket Hospital
			Patong Hospital
			Thalang Hospital
			Phuket Provincial Administrative Organization Hospital
			THPHs
Chonburi	JICA S-TOP	7 persons Doctors, Nurse, PT, OT	Chonburi Hospital
			Sattahip KM10 Hospital
			Wat Yansangwararam Hospital
	Non JICA S-TOP	5 persons Doctors, Nurses, PT	Bo Thong Hospital

Appendix 2: Semi-structured questionnaires

A. In-depth interview for S-TOP project manager in each pilot province

1. According to the definition of seamless care referred to "the service systems and data system that can be referred from a service unit to another unit even with the same or different level for the continuing of care systematically", in your area, is the system can be called as seamless care?
2. Is the data system in your area seamless?
3. How to communicate with the service receivers seamlessly?
4. Is the management for intermediate care seamless? E.g., service management, queuing, etc.
5. What should be the roles of the health provincial office in supporting the coordination and quality control?
6. How has the local government practiced in the past to support intermediate care and what should they do in the future?
7. Do you think the standard of care for stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury from the central government is suitable?
8. How to control the quality of the intermediate care services in your area?
9. What are the challenges and obstacles issues to achieving intermediate care services in your area?
10. Is JICA S-TOP's project make any impact on the better intermediate care services in your area?

B. In-depth interview for the intermediate care provider e.g., rehabilitation medicine, physical therapist, nurse, etc.

1. How to design intermediate care services in the province?
2. Is there any unique character for the intermediate care system in the province? And how is it linked to the central policy?
3. The intermediate care system in your area could be called seamless when considering the following issues…

a. Services provided?
b. Communication within the hospital?
c. Data system?
d. Management e.g. queuing, or service?

4. Is there any struggling issue relating to receiving the intermediate care policy from the central government?
5. Is there any additional policy to support the seamless intermediate care system in the area?

a. The design of intermediate care
b. The governance of intermediate care
c. The payment mechanism policy for the intermediate care
d. The incentive policy for manpower retaining
e. Other factors for supporting the seamless system in practice

f. The quality controls
g. The communications from the Ministry of Public Health to the hospital
h. Roles of the multidisciplinary team in the coordination
i. The referral system
ii. The data transferring
iii. The assessment system
6. In the case of the lost follow-up, which was/was the potential reason(s)?
7. Is the COVID-19 pandemic affecting the intermediate care system in your area? If possible, please provide the statistical data.
8. Is JICA S-TOP's project make any impact on the better intermediate care services in your area?

C. In-depth interview for the patient/caregiver

1. Where did you get the intermediate care service(s) from?
2. While you receiving the intermediate care service, do you understand what the providers provided to you? Did they explain the process of care to you?
3. Did you get any appointments for the rehabilitation service in the hospital? If yes, how can you go to the hospital? Is the method of transportation suitable for you?
4. In general, are you satisfied with the intermediate care services?
5. Is there anything that you would like to be improved for intermediate care services?

In-depth interview for the representative of the provincial health office

1. How to design intermediate care services in the province?
2. Is the intermediate care system in the province seamless?
3. Is there any struggling issue relating to receiving the intermediate care policy from the central government?
4. Is there any unique character for the intermediate care system in the province? And how is it linked to the central policy?
5. Is the data system in your area seamless?
6. Is there any additional policy to support the seamless intermediate care system in the area?

- The design of intermediate care
- The governance of intermediate care
  - The referral system
  - The data transferring
  - The assessment system
- The payment mechanism policy for the intermediate care
- The incentive policy for manpower retaining
- Other factors for supporting the seamless system in practice
- The quality control
- The communications from the Ministry of Public Health to the Provincial Health Office
- Roles of the Provincial Health Office in coordination

7. Is JICA S-TOP's project make any impact on the better intermediate care services in your area?

D. In-depth interview for the representative of local government provided intermediate care services

1. Do you think that intermediate care has any benefits?
2. What is the role of the local government in the intermediate care system and services?
3. How to design intermediate care services in your area?
4. Is there any unique character for the intermediate care system in the province? And how is it linked to the health sectors?
5. Is there any coordination from the local government to the health sectors in these following issues…

- Services provided?
- The communication with the hospital/sub-district health-promoting hospital?
- The data system?
- The management?

6. Is there any confusion relating to the intermediate care concept and services?
7. What should be the additional policy to support the local government to provide intermediate care services?
8. In the past, was there any coordination from the following sector to the local government for running the intermediate care services in the area?

- The Ministry of Public Health
- The National Health Security Office
- The Provincial Health Office
- The hospitals
- The sub-district health-promoting hospitals

9. If there will be decentralization, how the local government will deal with the intermediate care system and services?
10. Is there any problem relating to resource allocation for intermediate care services?
11. Is JICA S-TOP's project make any impact on the better intermediate care services in your area?
12. What should be the roles of local government in the intermediate care system in the future?

E. Focus group semi-structured questionnaires

1. According to the definition of seamless care referred to "the service systems and data system that can be referred from a service unit to another unit even with the same or different level for the continuing of care systematically", in your area, is the system can be called as seamless care?
2. What the coordination of care among the units in your area looks like?
3. Is the supported system for intermediate care services in your area suitable? And how the system could be improved?
4. What are the successful factors and lessons learned for the intermediate care services in your area?
5. What are the challenges and obstacles issues to achieving intermediate care services in your area?

Bibliography

Brennan, D. M., Mawson, S., & Brownsell, S. (2009). Telerehabilitation: enabling the remote delivery of healthcare, rehabilitation, and self management. In *Advanced technologies in rehabilitation* (pp. 231-248): IOS Press.

Burke, R. E., Cumbler, E., Coleman, E. A., & Levy, C. (2017). Post–acute care reform: implications and opportunities for hospitalists. *Journal of hospital medicine, 12*(1), 46-51.

Charlesworth, A., Hawkins, L., & Marshall, L. (2014). NHS payment reform: lessons from the past and directions for the future. *London: Nuffield Trust*.

Chen, Q., Kane, R. L., & Finch, M. D. (2000). The Cost Effectiveness of Post-Acute Care for Elderly Medicare Beneficiaries. *Inquiry, 37*(4), 359-375. Retrieved from http://www.jstor.org.ejournal.mahidol.ac.th/stable/29772915

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs, 28*(1), 75-85.

College of Family Physician Singapore. (2011). Integrated eldercare course. *Chorh Chuan, 37*(3).

Dawda, P., & Russell, L. (2014). *Sub-acute care: An international literature review*. Retrieved from

Department of Medical Service. (2019). *Intermediate Care Model for Elderly people of Thailand*. Nonthaburi: Department of Medical Service.

Fairfield, G., Hunter, D. J., Mechanic, D., & Rosleff, F. (1997). Managed care: origins, principles, and evolution. *BMJ, 314*(7097), 1823.

Finkel, C., & Worsowicz, G. (2017). Changing payment models: shifting focus on post acute care. *Missouri Medicine, 114*(1), 57.

Giles, L. C., Halbert, J. A., Crotty, M., Cameron, I. D., & Gray, L. C. (2009). The distribution of health services for older people in Australia: where does transition care fit? *Australian Health Review, 33*(4), 572-582.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ, 327*(7425), 1219-1221.

Harnphadungkit, K., Kheawcharoen, O., & Pannarunothai, S. (2009). Service System and Payment Methods for Medical Rehabilitation Service in Thailand. [ระบบ บริการ และ การ จ่าย เงิน สำหรับ บริการ ฟื้นฟู สมรรถภาพ ทางการ แพทย์ ประเทศไทย]. *Journal of Health Science*, 18-32.

Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A., & Group, P. (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care, 3*.

HFocus. (2017). A Model of Saraphi Bovorn: 'Improve patient's functional status before go back home, reduce burden of family and community". Retrieved from https://www.hfocus.org/content/2017/06/14073

Hunter, D. J., & Fairfield, G. (1997). Managed care: disease management. *BMJ, 315*(7099), 50-53.

Independent Hospital Pricing Authority. (2021). *Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification (AN-SNAP) version 5*: Independent Hospital Pricing Authority,.

Jitapunkul, S., & Wivatvanit, S. (2009). National policies and programs for the aging population in Thailand. *Ageing Int*, 62-74.

Jitapunkul, S., Wivatvanit, S., & Kespichayawattana, j. (2012). *Study on readiness and need of in-patients, who were discharged from General hospitals and Regional hospitals of Ministry of Public Health: A one day census study*. Retrieved from Bangkok:

Khiaocharoen, O., Pannarunothai, S., & Zungsontiporn, C. (2012). Cost of Acute and Sub-Acute Care for Stroke Patients. *J Med Assoc Thai, 95*(10), 1266-1277.

Khiaocharoen, O., Pannarunothai, S., Zungsontiporn, C., & Riewpaiboon, A. (2011). *Patient-level costing for the Thai Diagnosis Related Group in Thailand: a micro-costing approach.* Paper presented at the BMC Health Services Research.

Khiaocharoen, O., Pannarunothai, S., Zungsontiporn, C., & Riewpaiboon, W. (2010). Casemix Classification Payment for Sub-Acute andNon-Acute Inpatient Care, Thailand. *J Med Assoc Thai, 93*(7), 849-859.

Kiper, P., Szczudlik, A., Agostini, M., Opara, J., Nowobilski, R., Ventura, L., . . . Turolla, A. (2018). Virtual Reality for Upper Limb Rehabilitation in Subacute and Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 99*(5), 834-842.e834. doi:https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.01.023

Kumar, S., & Cohn, E. R. (2012). *Telerehabilitation*: Springer Science & Business Media.

Medicare Payment Advisory Commission. (2008). Long-term care hospitals payment system. *Washington, DC: MedPAC*.

Medicare Payment Advisory Commission. (2012). Home health care services payment system. In: Medicare Payment Advisory Commission,.

Medicare Payment Advisory Commission. (2014). Inpatient rehabilitation facilities payment system. *Washington, DC, MedPAC (http://www. medpac. gov/documents/payment-basics/inpatientrehabilitation-facilities-payment-system-14. pdf*.

Medicare Payment Advisory Commission. (2017). Skilled nursing facility services payment system. *MedPAC Payment Basics*.

Thai DRG version 3.0, (2002).

NHS Benchmarking Network. (2013). *The National Audit of Intermediate Care Report (2013)*. Retrieved from Manchester:

NHS Benchmarking Network. (2017). *National Audit of Intermediate Care (NAIC) Summary Report 2017 for England*. Retrieved from

NHSO. (2022). *NHSO Annual Report 2021*. Retrieved from Bangkok:

Nursing Division of Ministry of Public Health of Thailand. (2013). *Nursing care for patients at home*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing.

Okamoto, T., Ando, S., Sonoda, S., Miyai, I., & Ishikawa, M. (2014). “Kaifukuki Rehabilitation Ward” in Japan. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 51*(10), 629-633.

Pichamon Suwannachat, Pattarat Pansuvannajit, & Wichuda Jiraporncharoen. (2021). An Intermediate Care Service to Improve Activities of Daily Living in Patients with Stroke, Spinal Cord Injury and Traumatic Brain Injury

in Sarapee Borvorn Patthana Hospital, Chiang Mai Province. *Lanna Public Health Journal, 17*(2), 78-90.

Primary Health Care Division. (2014). *Fouth decades of Primary Healt Care Devlopment: 1978 - 2014*. Retrieved from The Department of Health Service Support:

Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Defusing THE Confusion: Concepts AND Measures OF Continuity OF Healthcare*. Retrieved from

Rogers, J., & Curtis, P. (1980). The concept and measurement of continuity in primary care. *American Journal of Public Health, 70*(2), 122-127.

Rungnoei, N., Kaeowichian, N., Suthamchai, B., Girdwichai, W., & Pannarunothai, S. (2021). Success of intermediate care implementation according to the Ministry of Public Health's policy. *Journal of Health Systems Research, 15*(1), 20.

S-TOP. (2022). *Policy Recommendation on the Development of Seamless Health and Social Service Provision for Older Adults in Thailand*. Retrieved from Nonthaburi:

Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs, 13*(5), 46-64.

Srisubat, A., L, O.-c., Loharjun, B., Siriwatvejakul, U., Kuptniratsaikul, V., & Opachalermphan, S. (2019). Cost-Effectiveness of Intermediate Care (inpatient)

in Post-Acute Stroke Compared with Out-Patient Rehabilitation Program. *Journal of The Department of Medical Services, 44*(5), 167-173.
Steiner, A. (1997). *Intermediate Care: A conceptual framework and review of the literature*. Retrieved from London.:
Stetler, C. B., Legro, M. W., Wallace, C. M., Bowman, C., Guihan, M., Hagedorn, H., . . . Smith, J. L. (2006). The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *Journal of general internal medicine, 21*(2), S1-S8.
Stonsaovapak, C., Sangveraphunsiri, V., Jitpugdee, W., & Piravej, K. (2022). Telerehabilitation in Older Thai Community-Dwelling Adults. *Life, 12*(12), 2029.
Tan, C. C., Lam, C. S., Matchar, D. B., Zee, Y. K., & Wong, J. E. (2021). Singapore's health-care system: key features, challenges, and shifts. *The Lancet, 398*(10305), 1091-1104.
Tepper, S., Dejong, G., Wilkerson, D., & Brannon, R. (1995). Criteria for selection of a payment method for inpatient medical rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76*(4), 349-354.
Totten, A. M., Womack, D. M., Eden, K. B., McDonagh, M. S., Griffin, J. C., Grusing, S., & Hersh, W. R. (2016). Telehealth: mapping the evidence for patient outcomes from systematic reviews.
Tung, Y. J., Lin, W. C., Lee, L. F., Lin, H. M., Ho, C. H., & Chou, W. (2021). Comparison of Cost-Effectiveness between Inpatient and Home-Based Post-Acute Care Models for Stroke Rehabilitation in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health, 18*(8). doi:10.3390/ijerph18084129
Turner-Stokes, L., Sutch, S., Dredge, R., & Eagar, K. (2012). International casemix and funding models: lessons for rehabilitation. *Clinical rehabilitation, 26*(3), 195-208.
Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice, 1*(1).
Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs, 20*(6), 64-78.
World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report*: World Health Organization,.
World Health Organization. (2015). *Interim report: placing people and communities at the centre of health services: WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026: executive summary*. Retrieved from
Young, J., Gladman, J. R., Forsyth, D. R., & Holditch, C. (2015). The second national audit of intermediate care. *Age and Ageing, 44*(2), 182-184.

Policy Recommendation on the Development of Seamless Health and Social Service Provision for Older Adults in Thailand



PROJECT ON SEAMLESS HEALTH AND SOCIAL SERVICES PROVISION FOR ELDERLY PERSONS (S-TOP)
FINAL REPORT | OCTOBER 2022

Policy Recommendation on the Development of Seamless Health and Social Service Provision for Older Adults in Thailand

Table of Content

Summary: S-TOP Policy Recommendation ..... **I**

Abbreviations ..... **VI**

Policy Recommendation (Draft) **1**

1. General Outline **1**

1.1 Background 1

1.1.1 Aging Population in Thailand 1

1.1.2 Achievement of social security system and Universal Health Coverage (UHC) in Thailand 1

1.1.3 WHO's proposal on healthy life expectancy and healthy life expectancy in Thailand 2

1.1.4 JICA Project: CTOP, LTOP 3

1.2 Efforts toward Seamless Health and Social Service Provision for Older adults 3

1.2.1 National Strategies, Plans, etc. 3

1.2.2 Project on Seamless Health and Social Service Provision for Older adults: S-TOP Project 12

1.3 Period covered by Policy recommendation 15

2. Analytical Framework: WHO 6 building blocks +1 ..... **16**

2.1 Health Service Delivery 16

2.2 Health Workforce 16

2.3 Health Information Systems 17

2.4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies 17

2.5 Health System Financing 18

2.6 Leadership and Governance 18

2.7 People Participation 18

3. Efforts and Inputs in S-TOP project **20**

3.1 Record of discussions for S-TOP project 20

3.1.1 Overall Goal 20

3.1.2 Project Purpose 20

3.1.3 Activities of the Outputs 20

3.2 Central Government: Efforts and inputs in S-TOP 21

3.2.1 Ministry of Public Health 21

3.2.2 Ministry of Social Development and Human Security 23

3.2.3 National Health Security Office 25

3.3 JICA Expert Team: Efforts and inputs in S-TOP 26

3.3.1 JICA Expert Team: S-TOP Project Main Initiatives 26

4. Initiatives of Pilot Sites in S-TOP project 27
4.1 Chiang Mai (Health Region 1) 28
4.2 Bangkok (Health Region 13) 33
4.3 Nonthaburi (Health Region 4) 38
4.4 Chonburi (Health Region 6) 43
4.5 Khon Kaen (Health Region 7) 48
4.6 Nakhon Ratchasima (Health Region 9) 52
4.7 Surat Thani (Health Region 9) 57
4.8 Phuket (Health Region 9) 62
5. Research/ Survey 66
5.1 Concept 66
5.2 Findings/Results 68
5.3 Analysis 68
5.4 Conclusion 69
6. Policy Proposal to the Thai Government 70
6.1 Health Service Delivery 70
6.2 Health Workforce 72
6.3 Health Information System 73
6.4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies 74
6.5 Health System Financing 75
6.6 Leadership and Governance 76
6.7 People Participation 77
7. Implementing Measures 78
7.1 System for implementing Seamless Health and Social Service 78
7.2 Roles of relevant parties with partnership and cooperation 78
7.2.1 The role of relevant national government administrative organizations with partnership and cooperation 78
7.2.2 The role of local governments with partnership and cooperation 78
7.2.3 The role of research institutes with partnership and cooperation 78
7.2.4 Partnership and cooperation with medical institutions and business operations 79
7.3 Implementation of measures based on the Policy recommendation 79
7.3.1 Implementing agency and necessary legislative and financial measures 79
7.3.2 Extension of the developed model nationwide and public relations activities overseas 79

7.3.3 Implementation of PDCA by each ministry together with the implementing agency 80
7.3.4 Project evaluation and publication 80
7.3.5 Review of policy recommendation and implementation measures based on PDCA and the project evaluation 80

Summary: S-TOP Policy Recommendation

1. Aging population in Thailand

Thailand is experiencing among the most rapid rates of population aging in developing countries and is approaching to aged society in the near future. According to Department of Provincial Administration (DOPA), Ministry of Interior (MOI), aging population in Thailand in 2022 is about 12,116,199 persons or 18.3% of total population (DOPA, 2022).

To address the challenges associated with this aging population, the Thai government and JICA cooperated to implement a technical cooperation project starting in 2007.

2. Project on Seamless Health and Social Service Provision for Older adults: S-TOP Project

2.1 Project on Seamless Health and Social Service Provision for Older adults: S-TOP Project

"The Project on Seamless Health and Social Service Provision for Older adults" (S-TOP project) was launched following the CTOP* (2007-2011) and LTOP** (2013-2017) with the project period from November 2017 to October 2022 based on the agreement between the Thai government and JICA.

* CTOP: Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons

** LTOP: Project on Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People

2.1.1 Implementing agencies of the Thai government

Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, and the National Health Security Office

2.1.2 Pilot sites and potential setting sites

2.1.2.1 Pilot Sites

Chiang Mai, Khon Kaen, Nakhon Ratchasima, Nonthaburi, BMA, Chonburi, Surat Thani, Phuket

2.1.2.2 Potential Setting Sites

Chiang Rai (Khuntan Hospital), Nakhon Pathom (Mettapracharak Hospital)

2.1.3 Overall goal and objectives

The overall goal of the project is that "Developed models in the Project are utilized nationwide.", and the objective of the project is "Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for seamless service provisions for the elderly: medical care, rehabilitation, social and life-support services.

2.1.4 Outputs

1) For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.
2) Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.
3) Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.

2.2 Developed model in S-TOP

In the project, focusing on enhancing the IMC service delivery system, we have sought those patients[1] have seamless access to hospital and community services for the acute care, intermediate care (IMC), and long-term care (LTC). Therefore, the seamless health care service delivery itself was thought to be developed during the project period, that is, Developed model.

3. Policy proposal to the Thai government and period covered by policy recommendation

3.1 Policy proposal to the Thai government

3.1.1 Health Service Delivery

1) Establishment of service standard: Seamless care services from hospital to community (IPD, OPD, Outreach, Tele-health system), Additional disease groups for IMC, Rehabilitation (IMC) ward/bed with at least one month length of stay, etc.
2) Service System Management: IMC manager, Service recipient[2]'s data referral system
3) Building a cooperative system among related organizations including private sector to support the service
4) Building public acknowledgement and awareness of rehabilitation to the people, etc.

3.1.2 Health Workforce

1) Addressing the shortage of professionals: Utilization of Multidisciplinary collaboration, technology, outsourcing, etc.
2) Determination of job characteristics, job titles and appropriate number of personnel
3) Training of professionals: Quality improvement
4) Training of professionals: Increase the number of professionals
5) Training for volunteers

---

[1] Patient: One who receives a medical treatment in acute and rehabilitation in IMC.

[2] Service recipient: One who receives rehabilitation and service in LTC and in community care.

3.1.3 Health Information System

1) Development of integrated health information system: Hospital database, national database, service recipient's referral system, reimbursement system and health minimum data set
2) Information sharing using ICT, etc.
3) Training, with development of media, for health information usage

3.1.4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

1) Ensuring access to medical service facilities, etc.
2) Securing necessary medicines, medical equipment/instruments, equipment support and repair service, home modification service, etc.

3.1.5 Health System Financing

1) Appropriate budgeting for IMC services (e.g., Specific DRG for IPD up to 1 month stay, etc.)
2) Securing new financial resources: Appropriate reimbursement for service by private sector and LAOs, etc.
3) Appropriate policy communication and processes to improve health expenditure efficiency and financial mechanism: Simple procedure with transparency, etc.

3.1.6 Leadership and Governance

1) Establishing system under leadership and governance at the central level: Integrated committee, etc.
2) Establishing system under leadership and governance at the local level: Integrated committee, etc.

3.1.7 People Participation

1) Cooperation among various organizations, community and volunteers
2) Promoting understanding of patients and their families/relatives, etc.

3.2 Period covered by policy recommendation

Period covered by Policy recommendation: 2023-2030

- Period of intensive efforts period: 2023 – 2025
- Period of continuous efforts period: 2026 – 2030

4. Policy proposals with action plan and integrated committee for implementation

4.1 Policy proposals to be implemented during intensive efforts period: 2023 – 2025

4.1.1 Policy proposals to be implemented during intensive efforts period: 2023 – 2025

1) Determining rehabilitation as a standard basis of service for patient [Health Service Delivery, Leadership and Governance]

2) Establishing the standardized and practicable care guideline (Clinical Practice Guideline: CPG) [Health Service Delivery]
3) Building cooperation among hospitals, Local agencies, and institutions (Facilities) for patient care in the community [People Participation]
4) Encouraging patients to access services easily and comprehensively [Health Service Delivery]
5) Allocating health workforce appropriately [Health Workforce]
6) Prioritizing service accessibility according to the patient's symptom level [Health Service Delivery]
7) Training and capacity building for rehabilitation personnel [Workforce]
8) Developing an information system for exchanging information that is easy to use and efficient [Health Information System]
9) Promoting services accessibility, both hospitals and community rehabilitation centers (Day care center) [Access to Essential Medical Products and Technologies]
10) Distributing budget and compensation of services appropriately [Health System Financing]

4.1.2 Action plan during intensive efforts period 2023 – 2025

4.1.2.1 Action plan in fiscal year 2023

1) Clarify rehabilitation as a standard patient service
2) Establish standardized and practicable care guidelines
3) Encourage patients to access services easily and comprehensively
4) Prioritize service visits according to the level of the patient's condition
5) Optimize FTE allocation
6) Implement training and capacity building for rehabilitation practitioners
7) Develop an information system to share information and to be easily and efficiently used
8) Promote access to services, both in hospitals and community rehabilitation centers
9) Appropriately distribute budget and properly pay compensation for services
10) Build cooperation between hospitals, local agencies and institutions for patient care in the community

4.1.2.2 Action plan in fiscal year 2024

1) Train rehabilitation providers (Professions and Volunteers)
2) Sync and use the rehabilitation services platform
3) Develop appropriate FTE for rehabilitation
4) Establish rehabilitation centers in the community by LAOs and MOPH
5) Develop regulations and law for rehabilitation

4.1.2.3 Action plan in fiscal year 2025

1) Establish rehabilitation hospital in health region level
2) Improve service payment system
3) Invest in essential medical equipment

4.1.3 Action plan after intensive efforts period 2023 – 2025

Based on the results of the project evaluation, ministries shall, as necessary, review the content of Policy recommendation and consider the implementation of measures and establish further action plan.

4.2 Related agencies to implement policy proposals: Integrated Committee

Integrated committee at national level* and local level

*MOPH, MSDHS, NHSO, MOI, LAOs, MOE, MHESRI, MOL, etc.

5. Project evaluation

5.1 Indicator of project evaluation for S-TOP

- Government's programs to promote the developed models are implemented at thirteen sites (thirteen health regions).

5.2 Other indicators for progress evaluation

- Percentage of patients with the target diseases receiving rehabilitation service
- Percentage of patients who complete six-month rehabilitation (IPD, OPD, community and home visit rehabilitation) and improve BI

6. Future studies

- Cost analysis of rehabilitation services
- A study of the rehabilitation model in the community
- A study of the essential rehabilitation database
- Curriculum development for rehabilitation services for non-professional groups (volunteers)

Abbreviations

No.	Vocabulary	Meaning in This Context
1	ADL	Activities of Daily Living compose of 10 personal activities: feeding, personal toileting, bathing, dressing and undressing, getting on and off a toilet, controlling bladder, controlling bowel, moving from wheelchair to bed and returning, walking on level surface (or propelling a wheelchair if unable to walk) and ascending and descending stairs.
2	BI	Barthel Index
3	BMA	Bangkok Metropolitan Administration
4	CGs	Caregivers
5	CM	Care Manager
6	CoC	Continuity of Care
7	CPG	Clinical Practice Guideline
8	CTOP	A cooperation project between JICA and Thai government on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons during 2007-2011
9	DLA	Department of Local Administration
10	DMS	Department of Medical Service
11	DMH	Department of Mental Health
12	DOH	Department of Health
13	DOP	Department of Older Persons
14	DPS	Department of Permanent Secretary
15	DRGs	Diagnosis-related group is a patient classification scheme which provides a means of relating the type of patients a hospital treats to the costs incurred by the hospital.
16	FTE	Full-time Equivalent
17	HAD	Health Administration Division
18	HHC	Home Health Care
	ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
19	IMC	Intermediate Care
20	IPD	In-patient-Department
21	JCC	Joint Coordination Committee
22	LAOs	Local Administrative Organizations
23	LOS	Length of Stay
24	LTC	Long-term care
25	LTOP	Project on Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People
26	MDT	Multi-Disciplinary team
27	M&E	Monitoring and Evaluation

Abbreviations (Cont.)

No.	Vocabulary	Meaning in This Context
28	MHESRI	Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation)
29	MOE	Ministry of Education
30	MOI	Ministry of Interior
31	MOL	Ministry of Labour
32	MOPH	Ministry of Public Health
33	MSDHS	Ministry of Social Development and Human Securities
34	NHSO	National Health Security Office
35	OPD	Out-patient-department
36	OT	Occupational therapist
37	PAOs	Provincial Administrative Organizations
38	PCC	Primary Care Cluster
39	PCU	Primary Care Unit
40	PHO	Provincial Health Officer
41	PM&R	Physical Medicine and Rehabilitation
42	PO	Prosthetist / Prosthesis and Orthosis Technician
43	PT	Physical therapist
44	QoL	Quality of Life
45	SCI	Spinal Cord Injury
46	SNAP	Sub-Acute and Non-Acute patient
47	SNMRI	Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute
48	ST	Speech therapist
49	TBI	Trauma Brain Injury
50	THPH	Tambon Health Promotion Hospital
51	UCS	Universal Health Coverage Scheme
52	WHO	World Health Organization

Policy Recommendation (Draft)

Policy Recommendation on Seamless Health and Social Services Provision for Elderly Persons

1. General Outline

1.1 Background

1.1.1 Aging Population in Thailand

Thailand is experiencing among the most rapid rates of population aging in developing countries. According to Department of Provincial Administration (DOPA), Ministry of Interior (MOI), aging population in Thailand in 2022 is about 12,116,199 persons or 18.3% of total population (DOPA, 2022), which the age range of 60-69 years is the highest at 56.5% among older persons.

According to United Nations World Population Aging (2021), aging society is the society that consists of 10% or more of 60-year-old population and aged society is where the society that consists of 20% or more of 60-year-old population. Therefore, from the above data, Thailand is approaching an aged society in the near future. In the situation, family is the primary support for older adults in economic, social, and health schemes in Thailand. The secondary supporter is government, which provides monthly pension in terms of economic, 4 dimensions of health care and rehabilitation services in terms of social and health schemes. Government has put older adult issues as the national issue because Thailand is now approaching an aged society. Government enacts the law and policy to support well-being and improve quality of life of older adults as the aspect of not only physically treat but also psychologically treat.

Government makes great efforts to launch a social security campaign "From birth to death" to assure that people are taken care of during the lifetime. Basic benefits such as child delivery, education, medical and health services, career promotion, and funeral service are to be taken care of by related government agencies without charge. With Universal Health Coverage system, people do not have to worry much about their medical service fees.

However, the demographic structure shifts from younger to older population structure implies that Thailand will face emergent issues related to social security, health care cost and intergenerational equity in the near future.

1.1.2 Achievement of social security system and Universal Health Coverage (UHC) in Thailand

Intensive social security system in Thailand was first developed in King Vajiravudh (King Rama VI) reign (1910-1925). The system focused on infected disease control, hygienic water source and expansion of public health service in rural areas by mobile units and health service university to produce health personnel. Thai government enacted National Economics and Social Development Plan in early 1970, laying significant foundation of public health such as National Family Planning Plan (1970) and Immunity Promotion (1976).

In the 4th National Economic and Social Development Plan, there was a policy to build district hospital in every district (1990), followed by the building of health centers in every sub-district (2000-2010) and later they were transformed to be Tambon Health Promoting Hospitals (THPH). In 1994, MOPH initiated a special program for rural area students to apply to medicine and nursing schools with the condition to work in their hometown after graduation. MOPH has increased the capability of health workforce by developing regional hospitals to be medical schools, and established more nursing schools and colleges of public health.

Social Security in medical service was implemented in 1975 for low-income people and later expanded to older adults, disabled persons, and children under 12 years old. The system was greatly achieved as it assured the medical and health services for the needed people. And they would not have to bear medical burden over their poverty. Civil servant medical benefit scheme was implemented in 1980 for medical benefit of civil servant, permanent employee, and family under fee-for-service, this scheme was funded by Comptroller General's Department. Later on, in 1983, in order to mitigate the medical burden and fill the medical expense gap of low-income people, MOPH initiated health insurance card scheme for five members per one card which cost 500 Baht per year. Since citizens, however, had to pay from their own pocket, the project unfortunately resulted in unpopularity and was dismissed eventually. In 1990, Social Security Act was enacted for employees in private organizations covered seven benefits such as sickness, disability, death, child delivery, child support, retirement, and unemployment. The source of the coverage was paid by tri-party: employee, employer, and government (Social Security Office). This was greatly succeeded because more companies and private organizations registered in this scheme, and more importantly, the private employees felt that they were insured and reserved for their health and medical services. Universal Health Coverage system was introduced in Thailand in 2001 to fill the gap of inequality in health service. With this scheme, all people were covered in medical service with the campaign of "30 Bath for every illness" for one medical service of OPD or IPD. The scheme gained massive success in Thailand because all people could receive medical service for only 30 Baht. This became the first success in Universal Health Coverage system (UHC system) of Thailand as it laid the ground for social insurance and security for the people in medical and health care. This led people to not worry about the medical expenses; access to health care without financial burden.

1.1.3 WHO's proposal on healthy life expectancy and healthy life expectancy in Thailand

World Health Organization (WHO) mentioned about healthy life in Thailand that Non-communicable Diseases (NCDs), especially heart disease, stroke, cancer, diabetes, chronic kidney disease, and chronic lung disease, are the predominant illnesses in Thailand. In 2019, healthy life expectancy for Thailand was 68.3 years and it tends to increase in the future due to development of national health system to tackle NCDs and risk factors of Thai

government. Female healthy life expectancy for Thailand is slightly higher than male's. That is female healthy life expectancy is 70.6 years while male's is 65.9 years due to more risk factors such as tobacco use, harmful use of alcohol, and unhealthy diet. In addition, life expectancy for Thailand is 77.2 years, which has increased from 59.4 years in 1970 with the growing rate of 0.54% annually.

1.1.4 JICA Project: CTOP, LTOP

Thai Government, MOPH, MSDHS and other relevant ministries requested the assistance to JICA to carry out Project on Community Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons (CTOP Project) (2007-2011), to develop a new model service of community-based care for older adults. CTOP Project aimed to provide the model of community-based care for health care and social welfare services for older adults.

After the success of CTOP project, Thai Government, MOPH, MSDHS and other relevant ministries signed the Record of Discussion (RD) with JICA for Project on Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People (LTOP project), 2013-2017, to raise public awareness on aging society and care of the older adults, to facilitate collaboration on the aging issue among related organizations and to prepare Thailand to be a learning center on the issue of aging in ASEAN in preparation for the ASEAN Community. LTOP Project aimed to develop new model services in Thailand to care for vulnerable people, especially the frail older adults who are home-bound or bed-bound and need long-term care at community level and who cannot perform daily activities due to chronic disease, and to help reduce the burden of their families. The LTOP Project developed human resources on Care Management, disseminated operational manual for model services, and formulated Policy Recommendation, establishing model services in the six pilot sites to improve the quality of both long-term care provision and the lives of older adults, and to encourage collaboration on the issue of aging care.

1.2 Efforts toward Seamless Health and Social Service Provision for Older adults

1.2.1 National Strategies, Plans, etc.

1) National Strategies and Plans

- 20-year National Strategy (2018-2037)

National Strategy on Public Health (2018-2037) is divided into 4 strategies, 16 programs, 48 projects. First strategy is Prevention & Promotion Excellence, which aims to develop quality of life, to provide preventive measure for illness and health threat, and to provide food safety and mitigate risk factors for NCDs. Second strategy is Service Excellence, which aims to develop primary care system, to develop health service system, establish medical excellence center, and to be international health center and special economic zones. Third strategy is People Excellence, which aims to plan for full-time equivalent (FTE) for

workforce, to produce and develop workforce, to develop effectiveness of health workforce management, and to develop people's network and health civil society organizations. Lastly, the fourth strategy is Governance Excellence, which aims to be excellent in health information system, to be excellent in social security system, to have drugs and equipment security and consumer protection, and to have excellent governance.

- The 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021)

The 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021) has twenty integrated issues to solve fundamental problems, such as promotion of advanced science, technology and innovation development, preparation of the workforce and capacity enhancement of people of all ages, creating a just society and reducing inequality, restoration of basic security in economic and social development.

- The 13rd National Economic and Social Development Plan (2023-2027)

The 13th National Economic and Social Development Plan is targeted to be implemented from 2023 to 2027. Five key issues are 1) Restructuring of production into an economy based on innovation that aligns with technology trends and global trade this It will involve promoting research and innovation development. 2) Developing people/ human resources to have the ability and quality of life suitable for the new world this It will cover building essential skills for the 21st century, as well as elevating schools and teachers into higher professions. 3) Creating an opportunity and fairness society this It will reduce social inequality and increase welfare for the people, and for the underprivileged to have equal access.4) Creating sustainability for the country, taking into account the environment and ecosystem, solving environmental problems, and strengthening the industry and green economy. 5) Preparing the country to cope with risks and changes in a new global context, the plan will look at developing transportation infrastructure throughout the country, and upgrading government services with digital systems in all dimensions.

2) National Strategies for Older adults Act on the Older adults (2003)

- Act on the Older Adults (2003) and its amendments

Act on Older adults (2003) and its amendments stated that older adults are the persons who are more than 60 years of age with Thai nationality. According to Section 11 of the Act on Older Adults (2003), the elderly shall have right to access the following protection, promotion and support:

1) Medical and public health services particularly provided by taking account of convenience and rapidness for the elderly.
2) Education, religion and useful information and news for their living.
3) Appropriate occupations or occupational training.

4) Self-development and participation in social activities, grouping together as a network or community.
5) Facilities and safety directly rendered to the older adults in buildings, places, vehicles or other public services.
6) Appropriate support for transport fares.
7) Exemption from entry fees to government places.
8) Assistance for any older adults facing danger of torture or illegal exploitation or abandonment.
9) Provision of advice and consultation on other proceedings in connection with a case or the remedy of family problems.
10) Extensive provision of housing, food and clothing where necessary.
11) Extensive and fair provision of monthly old-age pension.
12) Assistance in holding their traditional funerals.
13) Other matters stipulated by the committee in an announcement.

Besides the above elderly rights according to Section 11, (1) – (13), there is elderly right according to Section 13 of The Elderly Fund established in order to serve as capital for use in the protection, promotion, and support of older adults for competency, stability, and good quality of life, including to support the activities of organizations related to the elderly support for sustainable strength. There are two types of activities and services: 1) Individual occupational loan, loan limit is 30,000 baht/person, and group occupational loan with maximum of 5 persons/group with loan limit of 100,000 baht. Loan repayment is paid by installment within three years. The loan is interest free. 2) Project subsidiary for organizations related to older adults' operation divided into small project with loan limit of 50,000 baht, medium project with loan limit from 50,000 to 300,000 baht, and large project with loan limit from 300,000 baht and more. The project must have objectives to promote education, watch out for social support, promote the conservation of culture and wisdom for the elderly, promote health and recreation, vocational skills training, strengthen network development, research study and provide facilities for the elderly.

- The 2nd National Plan on the Elderly (2002 -2021) 1st revised of 2009

Thailand has the 1st National Plan on the Elderly (1982 - 2001), the 2nd National Plan on the Elderly (2002 - 2021), Revised Edition No. 1, 2009, and the 2nd Action Plan on Elderly (2002 - 2022), Revised Edition 2, 2020. These are the main plan that are used to drive the elderly work. covering all dimensions in social, economic, health and environmental dimensions. On 17 May 2022, the Cabinet resolved to approve the 3rd Action Plan on the Elderly (2023 - 2037), which emphasizes the process of participation and brainstorming of opinions from all sectors to jointly draft the 3rd Action Plan for the Elderly, which focuses on the preparation of the population before the aging, developing the quality of life for the

elderly in all dimensions thoroughly and fairly reform and integration of management systems to support an aging society with quality and increasing research capacity, technology development and innovation to support an aging society.

The 2nd National Plan on the Elderly (2002 - 2021), Revised Edition No. 1, 2009

The 2nd National Plan on the Elderly (2002 - 2021), revised Edition No. 1, 2009, which the Cabinet approved on April 27, 2010. The plan emphasizes on the "circuit life" with a vision "Elderly is the prevailing principle of society" consists of 5 strategies, which are as follows:

The first strategy: The strategy on population readiness preparation for their quality aging comprises of three main measures: 1) Measures on old age income security. 2) Measures on lifelong education and learning. 3) Measures on encouraging social conscience in recognition of the older adults' value and dignity.

The second strategy: The strategy on promotion and development of older adults comprises of 6 main measures: 1) Measures on health promotion, prevention from illness and preliminary self-care. 2) Measures on promotion of older adults gathering together as networks and strengthening the older adults' representative organizations/networks. 3) Measures on promotion of older adults' occupations and income. 4) Measures to support capable older adults. 5) Measures to encourage and support all media to include older adults' programs and to enable older adults to access knowledge, news, and information. 6) Measures to promote and support proper housing and friendly environment for older adults.

The third strategy: The strategy on the older adults' social protection system comprises of 4 main measures: 1) Income protection. 2) Health security. 3) Families, caregivers and protection. 4) Service systems and supportive networks

The fourth strategy: The strategy on management for the integrated development of the elderly at the national level and the development of personnel in the elderly comprises of 2 main measures: 1) Managing to develop national integrated work on the older adults 2) Promotion and support of developing personnel on the older adults.

The fifth strategy: The strategy for processing, developing, and disseminating knowledge on the older adults and monitoring the implementation of the National Plan on the Elderly comprises of 3 main measures: 1) Support and promote research, and develop knowledge on the older adults to formulate policies and develop useful services or activities for them. 2) Following up and monitoring the implementation of the National Plan on the Elderly. 3) Developing the older adults' data system to be accurate and updated under the simply accessible database system.

The Action Plan for the Elderly, Phase 2 (2002 - 2022), the second revised edition, 2020, was formerly known as the National Plan for the Elderly, Vol. 2 (2002 - 2021), which is a master plan for long-term use as a direction framework for driving the elderly work in

Thailand. The plan is of a strategic nature, which clearly defines various measures. Indexes and target values are defined for each measure including how long that goal should be achieved. The plan is a national master plan. It is not the plan of any particular agency, but agencies must consider making their action plans to comply with this master plan.

The basic concepts of the Action Plan on the Elderly, Phase 2 (2002 - 2022), revised edition 2, 2020, are with the philosophy that the elderly are the persons who can participate as a force for social development. The elderly should be encouraged and supported by family, community and able to live with pride and dignity and maintain good health and well-being for as long as possible. The vision is "The elderly is the prevailing social status" and objectives are (1) to promote the elderly to have a good quality of life by living a life with dignity, self-reliance and stable security (2) to create awareness in Thai society to recognize the elderly as people who are value to the public and encourage them to maintain their value as long as possible (3) to make all citizens aware of the importance of preparation and there is preparation for being a qualified elderly person (4) people, families and communities, local governments, and private organizations are aware of and participate in the mission of the elderly (5) to provide a framework and guidelines for working on the elderly for all relevant sectors that will lead to the integration of work for the elderly. There are 5 strategies, which are as follows:

The first strategy: The strategy on population readiness preparation for their quality aging

The second strategy: The strategy on promotion and development of older adults

The third strategy: The strategy on the older adults' social protection system

The fourth strategy: The strategy on management for the integrated development of the elderly at the national level and the development of personnel in the elderly

The fifth strategy: The strategy for processing, developing, and disseminating knowledge on the older adults and monitoring the implementation of the National Plan on the Elderly

- The Action Plan on the Elderly, Phase 3 (2023-2037)

The Action Plan on the Elderly, phrase 3 (2023-2037) was approved by the Cabinet on May 17, 2022, which will begin promulgation in the fiscal year 2023 (October 1, 2022) to serve as a direction framework for driving Thailand's long-term work on the elderly. The plan is a national plan for the elderly, emphasizing participation from all sectors involved at all levels, in which strategies, measures, goals and indicators are clearly defined. It has also been set to monitor and evaluate the performance for every 5 years of the plan in order to acknowledge the progress, problems and obstacles of operation and to comply with the situation and problems that arise as well as in line with the national strategy and master plan, which will lead to the integration of plans at all levels and lead to driving work on the elderly and supporting the aging society of various departments in an integrated manner. The Action Plan

for the Elderly, phrase 3 has a vision "Elderly people have good quality of life, have stable security, and are power for social development" consists of 4 sub-action plans as follows:

1) Sub-Action Plan 1: preparing the Population before Aging.
2) Sub-Action Plan 2: elevating the quality of life of the older adults in all dimensions thoroughly and fairly.
3) Sub-Action Plan 3: reforming and integrating of management system to support an aging society with quality.
4) Sub-Action Plan 4: increasing research capacity, technology development, and innovation to support an aging society.

Important measures to drive

1) Preparation of the people before aging. Promote and improve the quality of life for the elderly in all 4 dimensions: economy, health, social, environment thoroughly and fairly.
2) Reform and integration of the management system to support an aging society with quality.
3) The development of a system for the protection and protection of the rights of the elderly especially those who are at risk fragile group and groups in dependent conditions.
4) Development of prevention and rehabilitation systems for the elderly and their families in times of crisis.
5) Promoting the development of knowledge and potential stay up-to-date with information media and digital technology and innovation.

The Action Plan for the Elderly, Phase 3 (2023 - 2037) is a dynamic plan, that is, the plan must be revised for every five years to be in line with the national strategy, master plan, economic and social development plan including changes in the economy, society, environment, technology and innovation as well as continuous monitoring of the operating results every year by various relevant agencies The Department of Older Persons (DOP) is the center of information on the overall annual performance to monitor and evaluate.

Integrated work plan to prepare for an aging society

Integrated work plan to prepare for an aging society with the goal of enabling the pre-aging population to prepare for entering an aging society and have better quality of life by integrating cooperation between various agencies, starting from the fiscal year 2018 - present, in 2022, there are 6 ministries, 17 agencies. And in 2023, there are 6 ministries and 15 departments.

Measures to drive the national agenda on aging society

Measures to drive the national agenda aging society's main objectives are 1) to systematically drive measures to drive the National Agenda on Aging Society; 2) Integrate

the work on the elderly throughout the country both at the policy level, departments and areas; and 3) systematically monitor and assess the performance of the elderly in accordance with the measures under the National Agenda on Aging Society throughout the country and to enable Thai elderly to become active aging and have good health, stability in life and participate as a force to drive society through the main measures. Two measures are as follows: 1) measures for improving the quality of life for the elderly and people of all ages and 2) measures for upgrading the capability to government management 4.0.

Measures to drive an aging society for longevity of Thai people in 4 dimensions

Measures to drive an aging society for longevity of Thai people in 4 dimensions (economic, environment, health and society) are preparation to support an aging society in which Thai people are longevity. It is therefore important that the relevant agencies put in place measures to support the aging society of Thai people in all aspects including economy, environment, health and society by using technology and innovation to support all dimensions of work, starting from preparing the Thai population to be ready before entering old age with quality, along with promoting and supporting the elderly to maintain their active aging as long as possible. They can lead a quality life in all dimensions and join as a driving force for economic development and prosperous society of the country.

1. Economic dimension

1) Pension system integration and saving system for the elderly and appropriate fiscal reforms to support an aging society.

2) Promoting and supporting the working-age population, the group of employees in preparation for entering the elderly life.

3) Promoting and supporting the non-employee working age population in preparing for entry into the elderly.

4) Extension of working life.

5) Supporting and creating a universal and voluntary savings system through various mechanisms to support old age needs.

6) Supporting skills enhancement and alternative careers in working age for use in the elderly.

7) Distribution of employment sources near rural communities.

8) Incentives for qualified foreigners who want to work in Thailand permanently to have the opportunity to work and reside in Thailand.

2. Environment dimension

Improvements to the ministerial regulations to be effective, consistent, comprehensive and more effective for 3 editions as follows:

1) Ministerial Regulations Determining Facilities in Buildings for the Disabled or

Handicapped and the Elderly (2005)

2) Ministerial Regulations Prescribing Characteristics or the provision of equipment Facilities or services in a building, place, or other public service to enable people with disabilities to be able to access and use them, 2012

3) Ministerial Regulations Prescribing Characteristics or the provision of equipment facilities or services in buildings, premises, vehicles and transport services to enable people with disabilities to access and use them, 2013

3. Health dimension

1) Integration of the sub-district quality of life development center to act as an Operation Unit to integrate activities and resources.

2) Career Development for Formal (Paid) Care Giver

3) Establishment of a health rehabilitation center in every district along with medical rehabilitation services for Intermediate Care patients.

4. Social dimension

1) Increase the role of Local Authoritative Organizations to be the main responsible person in integrating and driving the development of people's quality of life in all dimensions and develop a system to support an aging society. Thai people have quality longevity in accordance with the context of each locality.

2) The creation of participation of various sectors "Bavorn Vajara" (houses, temples, schools, social enterprises, clubs, hospitals) in supporting the aging society in the community.

3) Assignment to have "Protector of the rights of the elderly"

4) Promoting those who are ready to have children and delaying the pregnancy of those who are not ready.

The role of technology and innovation in driving the improvement of the quality of life of the elderly in all dimensions are as follows:

1) Economy: Accounting of innovative assistive devices for the elderly (Assistive Devices)

2) Environment: issuing regulations for local administrative organizations to carry out missions in technology and innovation to improve the quality of life for the elderly.

3) Health: Promoting technology and innovation systems to help take care of the elderly's health.

4) Social aspect: creating innovations in learning to increase work and life skills and improve the law to be able to bring money from funds that support innovation and technology development. To take advantage of the aging society

3) Ministry of Public Health (MOPH)

Thailand is approaching complete aged society. Therefore, the strategy and measures for aging people have the same goal of active healthy aging to empower the older adults in physical, mental, and social aspects. MOPH has put slogan for empowering healthy older adults "Healthy older adults are able to take care of themselves and have good quality of life", and the tasks have been distributed to each department on its mission.

MOPH has made a health system guideline for aging society (2021-2022), which is used as operating guideline by MOPH for both central and regional facilities, leading to effective holistic aging people health system. The purpose of this guideline is for people of all ages to be healthy and lower health expenses. The key success factors are integration of holistic cooperation in MOPH facilities based on the 2nd National Elderly Plan (2002-2021) and strategy for empowering older adults.

4) Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS)

- General Concept: Standard in Elderly Care

MSDHS by DOP as the main agency in driving policies on the elderly and directly responsible for the mission of the elderly to enable the elderly to receive the potential promotion, prevention and protection of their rights to be able to live a stable life and have a good quality of life. The vision is that the elderly has a good quality of life, security and is the power of society. DOP has a mission to drive policies, measures, mechanisms, technology and innovation. To improve the quality of life for the elderly and promote the participation of communities and organizations in social mobility, develop potential and prepare the population for the aging society, and prevent, promote, support and protect the rights of the elderly, provide access to the social welfare system thoroughly and fairly including organizational development and administrative resources knowledge to enhance operational efficiency by DOP. DOP has a mission to promote and develop potential welfare and protect the rights of the elderly including the development of social welfare work patterns to cover and respond to social conditions changes in global and international society, to improve the quality of life and strengthen the stability of the life of the elderly.

- Plan / Report

MSDHS by DOP has formulated a work plan that meets the needs of promoting, supporting, protecting and developing the potential of the elderly in order for the elderly to have a good quality of life and social security by doing the following:

1) Strategic plans to develop people's potential throughout their lives.

- Promote learning and training on the elderly, amounting to 1,798 people
- Developing potential and promoting learning for the elderly in the community of 22,246 people

- Helping the elderly in difficult conditions, amounting to 12,550
- Supporting 69,713 elderly funeral expenses according to tradition

2) An integrated work plan to prepare for an aging society
- Raising awareness and preparation for the elderly society of 22,204 people
- Developing the potential of Social Development and Human Security Volunteer (SDHSV), Expertise in the elderly, amounting to 3,066 people, and 45,990 older persons are properly cared for.
- Time Bank of Thailand 1,478 elderly people were cared for.
- Adjust the environment and facilities of the elderly to be suitable and safe, amounting to 7,700 places

5) National Health Security Office (NHSO)

The National Health Security Board and the Health Service Standard and Quality Control Board have embarked on the National Health Security Office Action Plan (2018-2022) to ensure that every Thai citizen in Thailand is assured of access to quality care without undue financial hardship. Their mission is guided by three principles: 1) accessible services. 2) financial sustainability. and 3) good governance.

The 2020 UCS Budget for the 48.264 million Thais enrolled under the Universal Coverage Scheme (UCS), totaling 190,366.00 million Baht (of which 49,832.58 million Baht represents the salary of UCS healthcare providers), or accounted for 5.95% of the Government Budget, or rate of medical services per capita at 3,600.00 Baht/UCS beneficiary, while NHSO Administrative Budget has been allocated for 1,411.90 million Baht (0.74% of the UCS Budget).

NHSO has planned to implement with PAO to set up a provincial matching fund in every province for health promotion. So far (2021), the matching fund MOU was done in 60 provinces and it plans to complete all 76 provinces in 2022.

NHSO has planned to adjust the payment scheme for IMC service to cover IMC activity providing to patients. Currently, NHSO pays for medical service on DRG basis, and some facilities can have on-top payment for their referral service. However, the two payment schemes have some difficulties in expedition and some IMC activities are not covered; therefore, NHSO is revising the new payment scheme to cover IMC activities and ease the difficulty in applying for payment.

1.2.2 Project on Seamless Health and Social Service Provision for Older adults: S-TOP Project

1) Agreement between Thai government and JICA

"The Project on Seamless Health and Social Service Provision for Elderly Persons" (S-TOP project) was launched following the CTOP (2007-2011) and LTOP (2013-2017) with the project period from November 2017 to October 2022 based on the agreement between

the Thai government and JICA.

Implementing agencies of the Thai government are the Ministry of Public Health, the Ministry of Social Development and Human Security, and the National Health Security Office. The target groups are government officials concerned, Health and social service providers in pilot sites, and older adults and their family members in pilot sites.

The overall goal of the project is that "Developed models in the Project are utilized nationwide.", and the objective of the project is "Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for seamless service provisions for the elderly: medical care, rehabilitation, social and life-support services." The outputs are as follows.

a) For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.
b) Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.
c) Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.

2) Background and efforts in the S-TOP project

The current aging rate in Thailand is about the same as the rate in Japan in the 1990s.

In Japan in the 1990s, the "Gold Plan" (Ten-year strategy to promote health and welfare for the older adults) formulated in 1989 and "New Gold Plan" (New ten-year strategy to promote health and welfare for the older adults) revised and formulated in 1994, promoted home welfare and institutional welfare with numerical targets. At the same time, municipalities and prefectures were required to formulate "Geriatric health and welfare plan", and a system was put in place to enable municipalities to provide home and facility services in an integrated and systematic manner.

In addition, the "Long-term care insurance system" was established in 1997 (and went into effect in 2000) as a mechanism for all citizens to support the issue of long-term care for the older adults, as the care function by families has declined due to the development of the nuclear family, etc., and care in old age has become a huge physical and mental burden for families.

Looking back at our past projects, the theme of CTOP* (2007-2011) was a "trial for integration of health and social services in the community", and the theme of LTOP** (2013-2017) was Introduction of "care management" and training of "care giver".

In S-TOP, as in Japan in the 1990s, the project has promoted to enhance rehabilitation, especially in the recovery period, based on the recognition of the importance of rehabilitation. In this way, among the medical care, rehabilitation, social and life-support services described in the project objectives, we have developed seamless service provisions for the older adults, focusing on rehabilitation (in hospitals and communities).

* CTOP: Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons
* LTOP: Project on Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People

3) Seamless service in S-TOP project

In preparing this Policy recommendation, it would be desirable to include a description of the "Agreement between the Thai government and JICA" and "Efforts in the S-TOP project" (including the results related part of S-TOP to CTOP and LTOP, which have been projects between the two parties).

For this reason, in our policy recommendation, we will

a) summarize in the form of a description of the seamless service provisions for the elderly described in “Objective”: medical care, rehabilitation, social and life-support services.
b) while focusing on rehabilitation that has been addressed, medical care, social and life-support services related to this rehabilitation target population should also be described*.
c) since it is important to build community-based models that flexibly utilize local resources at pilot sites, the model should include both hospital care and non-hospital care provided by pilot sites according to the patient's situation and condition.

In this way, policy recommendation will be formulated to achieve the project's objective: "Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for seamless service provisions for the elderly: medical care, rehabilitation, social and life-support services.

4) Implications of the Policy recommendation

In National Strategy/Plan, this project initiative can be positioned as Strategic Plan responding to National Strategy of health security and well-being of the citizen. This Policy Recommendation acts as guideline in making IMC service plan measure and payment.

5) Developed models in S-TOP project

Thailand is expected to have an aging population and an increasing number of older adults couple households and older single-person households. It is important to prevent older adults from becoming bedridden, especially after treatment for unexpected diseases such as stroke, traumatic brain injury (TBI), and spinal cord injury (SCI).

In the S-TOP project, it has been conducted with the following goals while focusing on enhancing the IMC service delivery system.

a) Pilot sites take care patients seamlessly to Acute, IMC, and LTC in an appropriate manner to communities with utilization of local resources, and provision of the necessary services at each stage.
b) While taking into account central government policy, the S-TOP project, together with

the central government, engages in direct dialogue with project site stakeholders and share Japanese experience and knowledge, to ensure the penetration of its seamless services.

c) Services that are actually needed in the field are provided.

Through this initiative, seamless care services will not only be provided but also help in extending the healthy life expectancy of patients and decreasing family burden (family members can continue to work). This will contribute to extending healthy life expectancy and reducing economic losses in Thailand as a whole.

Developed models" is the term used by the S-TOP project to refer to the models that have been developed and used in the S-TOP project. As written above, specifically

a) Based on the central government policy, someone (or some organization) establishes opportunities for dialogue among stakeholders, such as the central government and local communities (local governments, research institutions, and medical and nursing care facilities, etc.), while sharing knowledge.

b) With utilizing local resources and ensuring to provide necessary services at each stage in a locally appropriate manner, Pilot sites, under local leadership, seamlessly take care, support, and facilitate patients to Acute, IMC, and LTC.

c) Services that are actually needed in the field are provided.

Those activities addressed above are themselves the backbone of the Developed models. Therefore, based on this framework, the universal lessons (especially those reinforced by good practices) found at each site, etc., are compiled into the policy recommendation, which are provided to the entire country of Thailand, utilized, and actually disseminated to achieve the project goal “Developed models” * in the Project are utilized nationwide.

* In each province, seamless care services (pilot activities) have been established or future policies are being defined during the S-TOP project period, and each is part of the Developed models.

1.3 Period covered by Policy recommendation

Period covered by Policy recommendation: 2023 – 2030*

(Period of intensive efforts: 2023 – 2025**)

* 2030: Estimated year when aging rate of 65 years or more in Thailand becomes 19.6%, *“UN World Population Aging 2019”*, a rate surpassing 17.4% in 2000 when Japan officially launched its convalescent rehabilitation ward nationwide.

**2025: Estimated year of project evaluation by a mixed team of the Thai government and JICA.

- Until the project evaluation, JICA shall endeavor to provide training and other cooperation that could not be done during the S-TOP project period due to the impact of COVID-19.
- Based on the results of the project evaluation, ministries shall, as necessary, review the content of Policy recommendation and consider the implementation of measures based on the review.

2. Analytical Framework: WHO 6 building blocks +1

2.1 Health Service Delivery

Health Service Delivery is the key characteristic to indicate good service delivery in health system. Service delivery is a fundamental factor in population health status, along with other factors, including social determinants of health. Good service delivery should have the following key characteristics:

1) Comprehensiveness: A comprehensive health service is provided based on the needs of the population (patients). It should include preventative, curative, palliative, rehabilitative services, and health promotion activities.
2) Accessibility: Services must be directly and permanently accessible, with no undue barriers of cost, language, culture, or geography. Health services must be provided in the areas that are close to the people at primary care level. Health services may be provided in the home, the community, the workplace, or health facilities wherever suit the needs and conditions of the patients.
3) Coverage: Service delivery must be designed to provide for all people, both the sick and the healthy, all income groups and all social groups.
4) Continuity: Service delivery must be organized to provide care to all people with continuity of care with the network of services, health conditions, levels of care, and life-time service.
5) Quality: Health services must be high quality. Health services must be effective, safe, centered on the patient's needs, and given in a timely manner.
6) Person-centeredness: Health services must be organized based on the people's needs. It must not be focused on the disease nor the financing. People should have opportunities to participate in the design of health services and assessment.
7) Coordination: Health services must be actively coordinated across types of providers, types of care, levels of service delivery, and for both routine and emergency services. The patient's primary care provider must facilitate the needed services, and work in collaboration with other service providers. Coordination also involves with other sectors such as social services and/or community organizations.
8) Accountability and efficiency: Health services must be reliable, effective, and achieve their service goals with a minimum usage of resources. There must be managers to plan and be responsible for overall performance and results. There must be regular assessment of the plan and performance as well.

Service Delivery refers to IPD IMC, OPD IMC both in bed and ward format, and HHC IMC.

2.2 Health Workforce

The health workforce can be defined as all people engaged in providing health care services. Health workforce includes clinical staff, such as physicians, nurses, pharmacists, and dentists, as well as management and support staff, such as managers, ambulance drivers, or accountants.

The health workforce includes individuals working in the private and public sectors, both full-

time and part-time, and both paid-workforce and volunteers. They include workers in different domains of health system, such as curative, preventive and rehabilitative care services as well as health education, promotion and research.

Key workforce for IMC service plan refers to physical medicine and rehabilitation doctors, family doctors, occupational therapists, speech therapists, and rehabilitation nurses.

2.3 Health Information Systems

The health information system has four key functions:(i) data generation, (ii) compilation, (iii) analysis and synthesis, and (iv) communication and use. The health information system collects data from health and other relevant sectors, analyses the data and ensures their overall quality, relevance and timeliness, and converts the data into information for health-related decision making. Health planners and decision-makers need different kinds of information, including:

1) health determinants (socioeconomic, environmental, behavioral, and genetic factors) and the contextual environments within areas of operations);
2) inputs to the health system and related processes (policy and organization, health infrastructure, facilities and equipment, costs, human and financial resources, and health information systems);
3) performance of the health system (availability, accessibility, quality and use of health information and services, responsiveness of the system to user needs, and financial risk protection);
4) health outcomes (mortality, morbidity, disease outbreaks, health status, disability, and well-being)
5) health inequities (determinants, coverage of use of services, and health outcomes, including gender, socio-economic status, ethnic group, and geographical location).
6) good health information system ensures that users of health information have reliable, authoritative, usable, understandable, and comparative data.

Health information system is essential in IMC service plan as they are involved with numerous processes, people, and dates. There are various information systems used in Thailand. It is ideal to have one information system which covers all the needed IMC activities.

2.4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

A well-functioning health system ensures equitable access to essential medical products, vaccines, and technologies of assured quality, safety, efficacy, and cost effectiveness, and their scientifically sound and cost-effective use. To achieve these objectives, the following are needed:

1) national policies, standards, guidelines and regulations that support policy.
2) information on prices, the status of international trade agreements and the capacity to set and negotiate prices.
3) reliable manufacturing practices when they exist in-country and quality assessment of priority products.
4) procurement, supply and storage, and distribution systems that minimize leakage and other waste.

5) support for rational use of medicines, commodities and equipment, through guidelines and strategies to assure adherence, reduce resistance, maximize patient safety and training. Monitoring access to essential medicines is closely intertwined with at least two other building blocks: service delivery and governance.

2.5 Health System Financing

Health financing refers to the function of a health system concerned with the mobilization, accumulation, and allocation of money to cover the health needs of the people, individually and collectively, in the health system. The purpose of health financing is to make funding available, as well as to set the right financial incentives for providers, to ensure that all individuals have access to effective public health and personal health care. The goals of health system financing are not only to raise sufficient funds for health, but also to allow people to use the needed services without the risk of severe financial hardship or become impoverished. As a result, the financing system is often divided conceptually into three inter-related functions —(i) revenue collection, (ii) fund pooling, and (iii) purchasing/provision of services. Before focusing on measurement strategies and indicators for these functions, it is important to understand their key components.

Health System Financing for IMC refers to fee for rehabilitation service in IPD, OPD IMC and HHC IMC. The reimbursement should cover all IMC activities (including transportation fee).

2.6 Leadership and Governance

Governance in health is being increasingly regarded as a salient theme on the development agenda. Leadership and governance in building a health system involve ensuring that strategic policy frameworks exist and are combined with effective oversight, coalition-building, regulation, attention to system design, and accountability. Accountability is therefore an intrinsic aspect of governance that concerns the management of relationships between various stakeholders in health, including individuals, households, communities, firms, governments, non-governmental organizations, private firms, and other entities that have the responsibility to finance, monitor, deliver, and use health services. Accountability involves 1) delegation of how services are supplied, 2) financing to ensure that adequate resources are available to deliver essential services, 3) good quality performance, 4) relevant information to evaluate or monitor performance, and 5) enforcement.

2.7 People Participation

People participation has become a standard rhetoric today. Participation should include the notions of contributing, influencing, sharing, or redistributing power and control, resources, benefits, knowledge, and skills to be gained through beneficiary involvement in decision making. Participation is a voluntary process by which people, including the disadvantaged (in income, gender, caste, or education), influence or control the decisions that affect them. The essence of

participation is exercising voice and choice, and developing the human, organizational, and management capacity to solve health service problems.

Participation engenders financial, social, and psychological costs as well as benefits. People or beneficiaries are likely to participate when their benefits outweigh their costs.

3. Efforts and Inputs in S-TOP project

3.1 Record of discussions for S-TOP project

3.1.1 Overall Goal

Developed models in the Project are utilized nationwide.

3.1.2 Project Purpose

Toward the nationwide expansion, community-based models are developed for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services for older adults.

3.1.3 Activities of the Outputs

Activities under output from 1 to 3 are below.

Activities under output 1 Output 1: For the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services, issues to be solved are identified through the situation analysis at the central level and pilot sites.	
1-1	Conduct assessment on policies, regulations, and programs at the central level.
1-2	Select pilot sites based on appropriate criteria.
1-3	Organize committees at each site by concerned organizations.
1-4	Conduct assessment on the situation of service provision at each site.
1-5	Analyze the situation and identify gaps to be filled at each site.
1-6	Summarize the result.

Activities under output 2 Output 2: Based on the existing initiatives, models are developed at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services.	
2-1	Based on the result of output 1, gain the ideas to fill the gaps identified at each pilot site.
2-2	Draft a plan to realize the ideas gained in activity 2-1.
2-3	Experiment the plan at each pilot site.
2-4	Monitor the experimentation and evaluate the results.
2-5	Finalize experimentation plans as models.
2-6	Document models gained in activity 2-5 with evidence.

Activities under output 3 Output 3: Recommendations are developed based on the implementation results of the models at pilot sites as well as Thai and Japanese knowledge and experiences.	
3-1	Discuss the models and how to expand them nationwide.
3-2	Document recommendations on models and necessary actions for expanding them nationwide.
3-3	Submit recommendations to the relevant organizations.

3.2 Central Government: Efforts and inputs in S-TOP

3.2.1 Ministry of Public Health

1) Main measures/Guidelines/Manuals

1)-1 Intermediate Care Service Plan

MOPH has issued a guideline for service plan in IMC. Intermediate care service plan is the care plan for clinical patients who have passed through acute phase and are in stable condition, but have some impairment and have limitations in performing daily activities, which need rehabilitation from multidisciplinary team after referring from acute hospital to rehabilitation hospital to recover their health and resume to their normal daily life. The qualified patients for rehabilitation are stroke, SCI, and TBI patients who have BI score less than 15 or more than 15 with other impairments. IMC service plan consists of three components: process of care, duration of rehabilitation and rehabilitation program, which are assessed by multidisciplinary team. IMC period is 180 days after acute care program.

1)-2 Development in Long Term Care for Elderly Health Promotion System in Community

DOH has policy on healthy aging people, mainly for LTC program. DOH focuses on health screening, dental care, and LTC of older adults. DOH makes individual care plan for older adults in each sub-district to provide necessary care according to the plan to achieve its target of healthy older adults. MOPH has enacted LTC program to provide holistic health care for older adults. There are measures for empowering older adults based on the National Strategy in the 15th issue of social empowerment, 12th National Economic and Social Development Plan, the National Issues on Aging Society, and Smart Citizen (MOU among 4 ministries on March 30, 2017). The plan was to do health screening and design the care plan for older adults on sub-district basis.

1)-3 DMS Action Plan (2020-2022)

DMS has made the 3-year operation plan (2020-2022) as an operational framework to achieve the ultimate goal of healthy people, happy workforce, and sustainable health system. DMS has mission to profile appropriate medical technology, enhance co-creation, and provide seamless comprehensive health care to achieve 3 outcome goals: 1) Value Based Medical Service 2) Health Care Personnel Excellence, and 3) Management Excellence. These 3 goals are used as framework to drive 4 operational plans: 1) To be the best of the best and The Best for the most with medical data and develop Center of Excellence (CoE) 2) Develop Seamless Comprehensive Health Care to provide the system of Hospital-based to Personal-based with Digital Medicine 3) Develop health workforce in both long-term and short-term plans with modern technology such as e-learning 4) Develop health management system

1)-4 DMH Action Plan

DMH has focused in psychosocial care for older adults, its plan is to screen the risky behavior in psychology, recovery, routine activity, psychology empowerment. DMH has established Social and Mental Care Training Manual for chronically ill older adults who are homebound and bedbound. Moreover, Elderly Relatives Empowerment Program has been initiated for older adults who are social-bound. There is a body of knowledge about creating 5 dimensions of happiness for older adults.

2) KPI Setting

2)-1 IMC

MOPH has set up KPI for service excellence in service plan for IMC that M and F level hospitals provide IPD IMC care (Intermediate bed/ward). There are 3 KPIs.

- Percentage of M and F level hospitals that provide IPD IMC (Intermediate bed/ward) (2021: equal or more than 80%, 2022: equal or more than 90%, and 2023: equal to 100%)
- Percentage of provinces in health region that provide intermediate wards in M and F level hospitals (2021: equal or more than 40%, 2022: equal or more than 50%, and 2023: equal or more than 60%)
- Percentage of stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury patients that survive and have BI score less than 15, and BI score more than 15 with multiple impairments to receive IMC service and follow-up for six month or until BI score equals 20 (2021: equal or more than 65%, 2022: equal or more than 70%, and 2023: equal or more than 75%)

2)-2 LTC

Percentage of Sub-district that initiate Long Term Care system for older adults (2021: equal or more than 90%, 2022: equal or more than 95%, and 2023: equal 100%)

3) Efforts and inputs in S-TOP

The Central Government has agreed to the discussions with JICA to deliver S-TOP project implementation through the 3 ministries or equivalents, which are called counterparts. The counterparts on the Thai government side are the Ministry of Public Health (MOPH), the Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS), and the National Health Security Office of Thailand (NHSO). The project period is five years (September 2017 to October 2022).

The Joint Coordination Committee (JCC) was appointed to 1) establish the policy and direction of the operation to accomplish the project's objectives, 2) monitor and supervise the operation, and to manage the resources to be as planned, including solving problems that occurred during project operation, 3) have meetings at least twice a year to consider and

exchange ideas during project operation, and 4) appoint Sub-Committee and Working Teams as appropriate. Officers from the Thai government are Chairman and Committee, and JICA experts serve as advisors to the JCC.

The Steering Committee (SC) was appointed to 1) manage resources to ensure that the operation is accomplished in accordance with the project's objectives, 2) monitor and supervise the operation according to the annual work plan, 3) solve problems and obstacles that occurred during project operation, 4) coordinate with related organizations both inside and outside the ministry to build understanding and cooperation in project operation, 5) appoint Sub-Committee and Working Team as appropriate, and 6) perform duties as assigned by JCC. Officers from the Thai government are Chairman and Committee, and JICA experts serve as advisors in the SC.

The Working Team (WT) was appointed to 1) manage resources so that the project can operate according to the objectives, 2) monitor and supervise the operation of the project according to the annual action plan, 3) solve problems, obstacles for the operation of the project, 4) coordinate with other relevant organizations both inside and outside MOPH to have better understanding and cooperation in project operation, and 5) perform other duties as assigned. Officers from the Thai government are Chairman and Committee, and JICA experts serve as advisors in the WT.

The Drafting Team (DT) was appointed to 1) consider the research findings to assess the project performance and prepare the policy recommendation proposal to promote the operation of better seamless service, 2) Prepare the policy recommendation proposal on seamless care for older adults in various phrases to submit to the Project Executive Directors to consider for MOPH to announce as the policy, and 3) perform other duties as assigned. Officers from Thai government are Chairman and Committee, and JICA experts are advisors in DT.

The Research Team (RT) was appointed to 1) collect and survey data in sites to do the research, 2) conduct research and present research findings to the public and adjust research recommendation in an appropriate manner, 3) draft an assessment of research to apprise the development of seamless service in intermediate care for older adults to submit to the Drafting Team for consideration. Officers from the Thai government are Chairman and Committee, and JICA experts serve as advisors in RT.

Sites S-TOP Project Committees were appointed at each implementation sites, total eight pilot sites and two potentials. MOPH has hosted regular monitoring meetings to monitor and follow-up the implementation of the projects.

3.2.2 Ministry of Social Development and Human Security

1) Main measures/Guidelines/Manuals

1)-1 Capacity building for Social Development and Human Security Volunteers

MSDHS has initiated the Social Development and Human Security Volunteer (SDHSV)

for each sub-district and recruited the volunteers for its 70-hour training program. This is on a volunteer basis, so no compensation is made for volunteer. In addition, there is also a training program for older adults specifically with 18 hours of additional training.

1)-2 Guideline to operate SDHSV of DOP

SDHSV is the volunteer who performs other tasks in communities and has an interest in participating in social development and human security for their own community. The role of SDHSV is to 1) survey and collect data of target group and solve primary social issues and monitor social situation in communities, 2) coordinate and support the missions of MSDHS and other related organizations, and 3) encourage communities to participate in or brainstorm for community plans in part of MSDHS, such as community benefit plan. SDHSV receives certificate, qualification card, and proposal for an award winning. SDHSV must be resident of community or village, age 18 years and over, interest in learning and developing in community task, and possess human relationships. SDHSV is recruited and selected by provincial committee.

2) KPI Setting

KPI of MSDHS on older adults are

- The achievement of system and process in building home or community elderly care giver and the system of family doctor service integrated at national and local level.
- Numbers of SDHSV that are promoted to have skills in elderly care.
- Numbers of SDHSV that are promoted to be elderly care givers (goal = 7,800 SDHSV)

3) Efforts and inputs in S-TOP

Nowadays, caring for older adults is considered as a national agenda due to the number of older adults in Thailand, which is increasing day by day. Caring for older adults should be carried out in the form of holistic care ranging from health education, lifestyle, career, and income. The Ministry of Social Development and Human Security through the Department of Older Persons is an agency that has a mission towards elderly care.

In implementing the S-TOP project, the Department of Older Persons has sent representatives to participate in the activities and acted as a member of the Drafting Team for Policy Recommendation (DT) and the Research Team for Evaluating the Project and Policy Recommendation (RT). The appointment of SDHSV and SDHSV with expertise in older adults are promoted by organizing an additional 18-hours training course on elderly care besides the general one to increase knowledge in caring for older adults at home. In addition, the Department of Older Persons has established the development and promotion center for older adults' quality of life, so that the community can develop it to be a community service center in health rehabilitation.

In order to provide effective care for older adults, each sector needs to have clearly defined roles and responsibilities at each level. Also, the health workforce needs to be determined

with an appropriate proportion of elderly care, which is at present still very deficient, so that it needs to be replaced by the volunteers. This is an important mechanism to replace the role of relatives and family members who are unable to care for older adults.

3.2.3 National Health Security Office

1) Main measures/Guidelines/Manuals

1)-1 Universal Health Coverage Scheme

"Everyone who lives in Thailand is covered by Universal Health Coverage (UHC) and access to health care with confidence when needed" is the vision of NHSO. Its mission is to secure people toward effective, equitable, and responsive coverage, access, and utilization by evidence-informed decision and participation. NHSO has 3 goals of CSG (Coverage-Safe-Governance): C stands for Effective, Equitable and Responsive Coverage; S stands for Safe Financing System; and G stands for Good governance. UHC is paid to hospitals or health facilities on per capita.

1)-2 Provincial Rehabilitation Fund

NHSO provides matching rehabilitation fund for health promotion with PAO to promote the health rehabilitation of the people in the province by sharing the equal budget for health promotion with PAO through MOU. So far, provincial rehabilitation funds have been made in 74 provinces. It has goal to complete all the provinces by this year (2022).

1)-3 Others

NHSO is adjusting the DRG and on-top payment scheme to cope with specific treatment and IMC service.

2) KPI Setting

The 2020 performance is summarized as follows: 1) Financial Management: A total disbursement including obligations at 140,369.81 million Baht (degree of achievement: 99.88% of the UCS budget, excluding healthcare providers' salaries, totaling 140,533.42 million Baht) was used to commission healthcare services. 2) Population Coverage of the 47.68 million Thais eligible for UCS, there are 47.68 million (degree of achievement: 99.85%) signed up at healthcare units. 3) Healthcare Units: 12,245 healthcare units on the UCS registry, which comprise primary care units (11,851), main contractor units (1,386), and referral units (1,076), where one healthcare unit can be registered for more than one service type.

3) Efforts and inputs in S-TOP

Reimbursement based on IMC Service Plan has been enhanced to enable payment processing to cover a wide range of IMC services, including:

Adding IPD rehabilitation activities to DRG reimbursement so that hospitals can record activities and reimburse through the E-claim system in a uniform system across the country.

The improvement of compensation for rehabilitation and physical therapy services which allow patients who require intensive rehabilitation to be able to receive rehabilitation services for a total of 20 times, 450 Baht per time. With this improvement, the patients can also receive services from a private physiotherapy clinic with licensed physical therapists.

3.3 JICA Expert Team: Efforts and inputs in S-TOP

3.3.1 JICA Expert Team: S-TOP Project Main Initiatives

Together with MOPH, MSDHS, and NHSO, JICA expert team conducted regular and ad hoc efforts below.

1) Regular efforts

- Monitoring

JICA expert team conducted 18 monitoring visits to Pilot Sites: Chiang Mai [3], Bangkok [2], Nonthaburi [2], Chonburi [3], Khon Kaen [2], Nakhon Ratchasima [3], Surat Thani [3], Phuket [2] and 3 online meetings with Pilot Sites.

Also, JICA expert team requested pilot sites, including the potential settings, to submit Form 4 for 7 times, as well as revised Form 2 and IMC data, and summarized Monitoring Report.

- Training

JICA expert team conducted 2 Japan trainings and 3 online trainings.

- Public Relations

JICA expert team publicized the project through Facebook, and JICA website.

2) Ad hoc efforts

- Mid-term Review

JICA expert team summarized Mid-term Review in English and Thai.

Also, JICA expert team requested pilot sites, including the potential settings, to submit Form 4 for 7 times, as well as revised Form 2 and IMC data, and summarized Monitoring Report.

- Equipment Support

JICA provided equipment support to pilot sites and potential settings.

(Items: Wheelchair, Occupational therapy kit for hand function, Infrared thermometer with stand, Blood pressure meter, Portable ultrasound, Pulse oximeter, Stethoscope, Forehead and hand thermometer, and Bag.)

- Research

JICA expert team with researchers (Representative: Prof. Thaworn, Mahidol University) conducted research on the Seamless Provision of IMC Services in pilot sites of S-TOP.

4. Initiatives of Pilot Sites in S-TOP project

There are six criteria to select pilot sites, which are (1) There must be regional balance consisting of northern, northeastern, eastern, central, and southern regions of Thailand; (2) There must be trial commencement of intermediate care between acute hospital and community hospital; (3) There must be a possibility to relate to good practice of social care / CTOP, LTOP sites; (4) There should be least number of workforce (PM&R doctor, rehabilitation nurses, rehabilitation personnel, SW, CM, SG); (5) They should be recommended from Thai counterparts (MOPH, MSDHS, and NHSO); and (6) It is preferable if they are in the location that JICA volunteers are nearby and can involve in the project.

The concept of pilot sites and other stakeholders (Potential settings, Practical support sites, and Academic supporters) is defined as followed.

1) Main pilot sites should aim to be a model of seamless care service and should have aggregate facilities and centers for older adults. They are able to do project cycle management through plan, action, evaluation and monitoring on IMC and seamless care. They are able to follow up CM and CG developed by LTOP and utilize outcome of LTOP to the seamless care service model. Moreover, they will be able to make a momentum towards the nationwide expansion of the seamless care service model. There are eight pilot sites for S-TOP project namely: Chiang Mai, Bangkok Metropolitan Administration, Nonthaburi, Chonburi, Khon Kaen, Nakhon Ratchasima, Surat Thani, and Phuket.
2) Potential settings should be able to develop IMC or seamless care by strengthening relationship with local networks in the areas. They should be able to follow up CM and CG developed by LTOP for the seamless care model service. There are two potential settings in S-TOP projects namely; Mettapracharak Hospital in Nakhon Prathom province, and Khuntan Hospital in Chiang Rai province.
3) Practical supporter should have a role of being a good practice in some subjects of IMC services for main pilot sites, a host of study trips of the main pilot sites, be a lecturer or a knowledge and experience sharer in training and seminars in IMC and seamless care. They should have a role of a hub for Training of Trainers (TOT) for IMC and seamless care and support to make momentum towards the nationwide expansion of the model services.
4) Academic supporters should have a role in sharing updated knowledge and practice on IMC services to the main pilot sites and be a lecturer in seminars on IMC and seamless care service.

4.1 Chiang Mai (Health Region 1)

1) Basic Data

1)-1 Overall

Data	Province (2018)	S-TOP Project *
Total Population	1,602,699*	307,850
Older adults, Aging Rate	259,667, 16.20% *	78,990, 14.36%
The # of Tertiary Hosp.* (Private)	11 (2021)*	1 (2017)
The # of Secondary Hosp.* (Private)	23 (2021)*	1 (2017)
The # of Primary Hosp./Fac.* (Private)	267 (2021)*	4 (2017)

*Form2

1)-2 S-TOP Project 2019* (Form 2)

	Tertiary (2018)		Secondary (2018)	Primary
	Acute	IMC	IMC	IMC + LTC
# of Bed	609	24	2	5
# of Ward	7	3		0
# of Patients				
(IPD)	50,208	N/A	-	0
(OPD)	646,458	N/A	18,605	N/A
(Outreach)		632	256	N/A
LOS				
Stroke	6.60	N/A	7.89	0
TBI	N/A	N/A	11	0
SCI	N/A	N/A	11.2	0
HR				
PM&R		1	1	0
RN		0	0	0
PT		10	1	1
OT		5	0	0
ST		1	0	0
HCV		N/A	167	186
CG		109	11	41

2) Current Status

2)-1 Overall

According to the statistic from Chiang Mai Provincial Health Office (PHO), the total population in the province is approximately 1,700,000 in 25 districts. Health care service providers in Chiang Mai province under the authority of MOPH include 1 regional hospital, 1 general hospital, 22 community hospitals, 267 THPHs, and 7 community day care centers. Apart from the organizations authorized by the MOPH, there are 9 non-MOPH authorized hospitals and 15 private hospitals. According to the interview result, there are 2 hospitals in Chiang Mai

which provide acute care, namely Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Nakornping Hospital. After the acute care, which approximately takes 2-3 days in general, the patients are referred to community hospitals in Chiang Mai based on their area-based medical rights.

In Chiang Mai province, the medical service distribution is divided into 4 zones including 5 community hospitals for specialized IMC provision, namely Saraphi Hospital, Fang Hospital, Chomthong Hospital, Sanpatong Hospital, and Sansai Hospital. The majority of the community hospitals can provide only IMC beds, except Saraphi Hospital which established an IMC ward, especially with a strong capacity for rehabilitation treatment. After receiving IMC, based on the health condition of the patients, which normally takes 6 months at maximum, the patients receive LTC at the THPHs and/or community day care centers or rehabilitation programs at home according to their health conditions and instruction of the medical MDT at the community hospitals.

2)-2 In S-TOP project

There are 5 implementing organizations: Nakornping Hospital (acute hospital), Saraphi Bovorn Pattana Hospital, (community hospital), Yang Noeng THPH, Tha Kwang THPH, and Yang Noeng TAO.

There is an IMC Provincial Committee led by PHO to operate the project; however, there is no S-TOP Committee established in the province. The operation method is done mainly by Nakornping Hospital in admitting, acute treatment, assessment for IMC, and referral of the patients. Nakornping Hospital treats the patients for acute care and when the patients are in stable condition (BI 11-15), the hospital discharges the patients from the hospital and rehabilitates on OPD basis at Nakornping Hospital or refers the patients to community hospitals or THPHs, depending on the area where patients live or conveniently travel to.

The referred hospitals consist of a multidisciplinary team, that create care plan and providing IMC services to the patients accordingly. The patients are assessed for BI regularly for six months duration. After six months, those who have BI more than 20 are discharged from the program, while those who have BI below 20 will be sent to LTC program for continuing rehabilitation.

During COVID-19 pandemic in 2020-2022, the operations have been adapted to suit with the social distancing and pandemic measures. Home visit, OPD service and outreach service have to be suspended or reduced frequency. The S-TOP project operation in Chiang Mai province, in general, has been still on track according to the plan since the beginning. However, with the COVID-19 pandemic, some activities may need to change the format, such as training programs, and be postponed.

There is an equipment sharing center for borrowing, supervised by Saraphi Bovorn Pattana Hospital such as inflatable bed, suction machine or oxygen generator.

Chiang Mai province uses three level patient flow. Nakornping Hospital provides acute care and refers the patients to its step-down hospitals and community for the patients who have stable medical conditions and pass the IMC criteria with BI level less than 15 or equal to 15 and with multiple impairments. The hospital refers patients to community hospitals or THPHs for IPD/OPD IMC services. Patients can be discharged from IMC services in three cases: (1) if the patient has BI level equal to 20, the patient will be discharged from treatment (2) if the patient has completed 6 months of IMC treatment and has BI level of 11-19, the patient will be followed up at home by the rehabilitation team, and (3) if the patient has completed 6 months of IMC treatment and has BI level less than 11, the patient will be referred to an LTC program for medical treatment in the next phase.

1) Health Service Delivery

The health system of Chiang Mai is serviced in three level: Primary Care, Secondary Care and Tertiary Care. In order to mitigate the crowdedness of Nakornping Hospital, service of IMC is referred to community hospitals, THPH or community service.

There are IMC beds in every community hospital (F1-level = 10 beds, F2-level = 5 to 8 beds, F3-level = 5 beds). There is a transportation and refer back service in the area where community services center is located.

2) Health Workforce

There are 7,983 health workforce and 31,038 health volunteers in the province. There are regular trainings for rehabilitation nurses, PT and OT as well as CM and CG in order to improve the competency and skills of those personnel for IMC seamless care.

3) Health Information Systems

Chiang Mai uses Thai COC for its referral in health facilities and uses LINE application to refer and communicate with non-health facilities.

4) Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

There is equipment sharing center for borrowing equipment such as bed, suction, oxygen generator, and blowing bed. However, some equipment is inadequate for patient's requirement such as beds, oxygen generators or inflatable beds.

5) Health System Financing

Chiang Mai has three sources of funds and reimbursement: (1) DRGs payment from NHSO, (2) Health Promotion Matching Fund from PAO and NHSO, (3) Donation fund from temple fund and sub-districts.

6) Leadership and Governance

There are IMC boards in provincial level. Municipalities and temples have strong leadership to lead in establishing community center for rehabilitation. PHO and Municipality set up Sub-District Municipality Center and hire nursing volunteers under Municipality budget to help with rehabilitation.

7) People Participation

Community and temples have participated in working with community hospitals and THPHs in terms of volunteering and paying compensation for CGs. Municipalities have actively participated in providing transportation service (KERRY) to the treatment facilities and raised sub-district fund for bed-ridden and poor patients.

3) Efforts in S-TOP (Good practices & Challenges)

3)-1 Health Service Delivery

Hospitals in the province can improve the operation of IMC service flow. The capacity gap among the community hospitals in the province is also concerned for further operation after project completion though the provincial administration office has a plan to establish the IMC ward in other community hospitals. Even though the regional or general hospitals have high capacity, only a few specialized rehabilitation hospitals are capable to support referred patients for IMC.

For IPD IMC service, according to the criteria for inpatient admission, there is a condition that requires relatives to stay over, so many patients do not want to be admitted as inpatients. The hospital, therefore, adjust the conditions in order to reduce the dropout from the patient's program by having a grand round and training patients and their relatives in rehabilitation activities so that they can be discharged and continue rehabilitation by themselves at home.

Increase physical therapy services by having physical therapists work circulatory at THPH near the patient's home for OPD rehabilitation provision to reduce the cost and difficulty of traveling to the main hospital for the patient. Because the patients have to pay for the transportation service to go for rehabilitation service at a hospital as sometimes traveling to the hospital for non-emergency case does not meet the conditions of free pick-up service of the Local Administrative Organization, and it is a factor that prevents the patient from undergoing OPD rehabilitation.

3)-2 Health Workforce

The operation for service delivery improvement is possibly postponed from the plan because some community hospitals may not be ready to establish IMC wards for specialized IMC service provision due to limited health care human resources, inadequate rehabilitation equipment, and specialized rehabilitation staff. Those factors also impact the implementation

of HRD activities in the province. Modification of the activities from intensive training to on-the-job training may be sought for network organizations to encourage the participation.

Providing IMC services in Chiang Mai is considered to be a new service plan that has just been actively implemented in the last 1-2 years, causing personnel to lack skills and expertise regarding data recording in the referral program except in the pilot areas that have been in operation since 2017.

Currently, PM&R doctors have been added to NODE Hospitals which are Fang Hospital and Chomthong Hospital.

3)-3 Health Information Systems

The instability of an existing referral information system. Saraphi Bovorn Pattana Hospital is leading in the utilization of Thai COC program for referral information system. Thai COC program does not cover the service of municipality where LINE application is the main tool for referral. Currently, Chiang Mai has developed the CM IMC program for use in IMC referral within Chiang Mai province.

3)-4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

There is a medical equipment borrowing center supported by a provincial matching fund. Chiang Mai has a concept in terms of medical products and technology that there should be a standard equipment list for IMC services provision, including transferring aids, bed mobility aids (for bed-bound patients with BI 0-5), commode chairs, hand function training equipment, exercise equipment in bed/bedside (for slow-moving patients), or devices that promote ADL, sandbags (for ambulation training in patients), these should be added as standard equipment for hospitals.

Design of standardized technology pharmaceuticals for rehabilitation services should be established to enable potential patients to purchase and train by themselves at home, or to have a universal design plan for home adjustment so that patients can refer to use as a reference for improving their homes (in case the patient is able to proceed by himself).

3)-5 Health System Financing

There was an MOU between PAO and NHSO to establish Provincial Rehabilitation Fund. However, forming data on revenue and costs is out of the operation at the provincial organization level, as it intensively involves the national policy framework and national social insurance program.

3)-6 Leadership and Governance

The leadership of Saraphi Bovorn Pattana Hospital in communicating with the temple to lend hands in donation (to decrease the financial hardship of the hospital), and the leadership of Nakornping Hospital to coordinate with municipalities in supporting budget and

transportation services to the poor patients (to ease the difficulties in traveling to and from treatment facilities).

3)-7 People Participation

1) Having strong participation from the temple to raise the fund to support the deficit of Saraphi Bovorn Pattana Hospital's operation.

2) Having strong participation from local authorities in building day care centers in the communities, providing KERRY transportation service to patients, and providing sub-district funds for bedridden and poor patients.

4.2 Bangkok (Health Region 13)

1) Basic Data

1)-1 Overall

Data	Province (2020)	S-TOP Project (2019)*
Total Population	5,701,394 *	426,911
Older adults, Aging Rate	1,020,917: 17.90%*	58,910: 15.16%
The # of Tertiary Hosp	45 (2020)	3 (2018)
The # of Secondary Hosp	11 (2020)	1 (2018)
The # of Primary Hosp./Fac	128 (2020)	3 (2018)
Top 3 main diseases	Heart Attach, Septicemia, Pneumonia	cerebrovascular disease, intestinal infection, lung infection,

*Form2

1)-2 S-TOP Project 2019* (Form 2)

	Tertiary (2018)		Secondary (2018)	Primary
	Acute	IMC	IMC	IMC + LTC
# of Bed	162	12	N/A	0
# of Ward	N/A	N/A		0
# of Patients				
(IPD)	10,745	N/A	-	0
(OPD)	338,025	N/A	N/A	154,744
(Outreach)		581	N/A	N/A
LOS				
Stroke	5-10	5-10	N/A	0
TBI	7-10	120	N/A	0
SCI	N/A	N/A	N/A	0
H RPM&R		1		0
RN		3	1	0
PT		5	1	2
OT		1	0	0
ST		0	0	0
HCV		6	N/A	557
CG		N/A	N/A	N/A

2) Current Status

2)-1 Overall

Bangkok is the capital city of Thailand, located in the central region. For health care service providers in Bangkok, there are a total of 45 public hospitals divided into 34 hospitals under the authority of the MOPH, and the other 11 hospitals under the authority of the Department of Medical Services (DMS), Bangkok Metropolitan Administration (BMA). The main challenging issues of health care service operation are the increased aging population. An intensive expansion of urban communities in Bangkok against the availability of healthcare service providers is also a challenge for organizations concerned to consider a policy implementation to overcome this issue.

According to a presentation at the JCC meeting on the overview of health care service provision in Bangkok, the medical service providers in Bangkok are comprehensive for all medical treatment levels from primary, secondary to tertiary levels. Bangkok is a center of medical innovation and technological transfer. The referral information system among 11 hospitals under the authorization of the DMS, BMA is stable and well established as a strength of health care service provision in Bangkok.

However, although the capacity of medical service personnel is high comparing to other provinces nationwide in terms of number and quality, the proportion of medical staff per population Bangkok is low due to the high density of population in urban Bangkok. Although there are plenty of tertiary care hospitals in Bangkok that provide advanced medical investigation and treatment, the bed capacity is limited. Seamless care service in Bangkok is an integrated operation among hospitals, MSD of BMA, District Office, and Health Department of MOPH.

2)-2 In S-TOP project

There are seven implementing organizations namely; Ratchaphiphat Hospital, Wetchakarunrasm Hospital, Bangkhuntien Geriatric Hospital (acute hospital), Elderly Quality of Life Development Center zone 4 (community hospital), Health Center No. 40, 48, 67.

[Initiatives of implementation organization, Project operation method]

- IMC Provincial Committee (No S-TOP Committee)
- The operation method is done mainly by acute hospital in admitting, acute treatment, assessment for IMC, and referral of the patients. Acute hospital treats the patients for acute care and when the patients are in stable condition (BI 11-15), the hospital discharges the patients from the hospital and does rehabilitation on an OPD basis or refers the patients to secondary hospitals or health centers, depending the area where patients live or conveniently travel to.

- The referred hospitals consist of a multidisciplinary team, that create care plan and provide IMC service to the patients accordingly. The patients are assessed for BI regularly for six months duration. After six months, those who have BI more than 20 are discharged from the program, while those who have BI below 20 will be sent to LTC program for continuing rehabilitation.

[Impact of COVID-19]

- The operations have been adapted to suit with the social distancing and pandemic measures. Home visit, OPD service and outreach service have to be suspended or reduce frequency. There are VDO clips for rehabilitation sent to patients and family to do by LINE application.
- Tele-medicine and tele-consultation are initiated and used during COVID-19.

[Facilities, equipment, wards/beds (sufficient or not), fully utilized or not]

- Facilities, equipment, wards/beds. There is an equipment sharing center for borrowing supervised by Ratchaphiphat Hospital and Bangkhuntien Geriatric Hospital such as inflatable bed, suction machine or oxygen generator.

[Patient flow: City area and outer city area]

-The health care service flow for severe cases starts from super tertiary hospitals and then down to tertiary and/or secondary hospitals, which is Ratchaphiphat Hospital in the project. Ratchaphiphat Hospital provides inpatient medical treatment and services for complicated diseases. After acute treatment, the patients receive IMC for rehabilitation at the hospitals. Patients are referred to community day care centers, or return home with a home care program, after the completion of the IMC program based on individual health conditions. The Ratchaphiphat Hospital has planned to expand its IMC ward in 2021, it is completed and start operating on 18 July 2022.

[Key features of the site that lead to each building block]

1) Health Service Delivery*

- The health system of Bangkok is serviced in three level: Primary Care, Secondary Care and Tertiary Care. In order to mitigate the crowdedness of tertiary hospitals, service of IMC is referred to secondary hospitals or health centers.
- There is an IMC ward in every secondary hospital.

2) Health Workforce

- IMC patients are cared by a multidisciplinary team including doctors, nurses, physical therapists, occupational therapists, Chinese traditional medicine doctors, Thai traditional medicine doctors, psychologists, social workers, and nutritionists.

3) Health Information Systems

Bangkok uses Bangkok e-referral system.

4) Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

- There is an equipment sharing center for borrowing equipment such as beds, suctions, oxygen generators, and blowing beds. However, some equipment is inadequate for patient's requirements such as beds, oxygen generators or inflatable beds.

5) Health System Financing

- Using a reimbursement from NHSO for the inpatient section (IPD) which is a guideline for acute treatment not rehabilitation treatment causing the deficit of the hospital as a service provider.

6) Leadership and Governance

- Because there are many affiliations in terms of hospitals in Bangkok and without operating related to each other, therefore, there are different directions for IMC implementation. It is a challenge to drive IMC service operations to provide comprehensive services to the people.

7) People Participation

A Community IMC was established in the community area to provide continuous and sustainable rehabilitation in the community.

3) Efforts in S-TOP (Good practices & Challenges)

3)-1 Health Service Delivery

For the S-TOP project operation, the network hospitals have attempted to improve their IMC in service delivery by developing an OPD-based program for an effective rehabilitation plan and data record. However, the database of hospitals under the authority of BMA and MOPH is different.

The challenge of BMA's IMC service is the health insurance scheme for patients to receive services. This is because there are restrictions on the use of out-of-state health insurance to receive OPD services and require patients to pay for themselves. And this might be a factor in the dropout from rehabilitation.

3)-2 Health Workforce

The operation for service delivery improvement is possibly postponed from the plan because some community hospitals may not be ready to establish IMC wards for specialized IMC service provision due to limited health care human resources, inadequate rehabilitation equipment, and specialized rehabilitation staff. Those factors also impact the implementation

of HRD activities in the province. Modification of the activities from intensive training to on-the-job training may be sought for network organizations to encourage the participation. The HRD activities mainly aim to increase specialized rehabilitation skills of medical staff. For example, the Supreme Patriarch Nyanasamvara Geriatric Hospital supports the capacity development of rehabilitation to nurses within the network of regional/general hospitals and community hospitals in the province.

3)-3 Health Information Systems

The referral information system through health care service flow is incomplete and requires improvement. HRD activities have been conducted smoothly according to the action plan, with the dispatched medical staff from network hospitals to attend technical training. The activity to improve the referral information system among health care service providers and district offices is difficult to conduct because most of the patients temporally live in Bangkok and return to hometowns after receiving IMC. It is, therefore, difficult for the medical staff to conduct the visit program, record information, and then refer to the district office as planned. However, the project operation in Bangkok is outstanding in terms of the partnership with the local community, under a policy initiative, namely 'One Community One Nursing Home Project' which provides medical equipment by the hospital, while the community finds the CGs and the health centers, which Ratchaphiphat Hospital cooperates with, provides training to the CGs.

3)-4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

Tele-medicine has been developed for continuous follow-up of rehabilitation after patients discharge from hospital which is the same platform as continuous home visits.

3)-5 Health System Financing

There is financial data collecting of each insurance scheme of patients for developing a database to present to government agencies who responsible for reimbursement.

3)-6 Leadership and Governance

Because there are many affiliations in terms of hospitals in Bangkok which are independent of policy enforcement, therefore, IMC was driven through Service Place Committee of Health Region 13 (Bangkok Province) by using the standard guidelines to establish the intermediate care system, which is divided into different levels depends on the context of various hospitals. There is a followed-up on the outcomes and KPI to achieve the success of expanding the coverage of service.

3)-7 People Participation

Expand the establishment of Community IMC in the communities in the responsible area of Ratchaphiphat Hospital in order to be successful in the sandbox model, which will be driven in communities throughout the Bangkok area according to the policy of the Governor of Bangkok.

4.3 Nonthaburi (Health Region 4)

1) Basic Data

1)-1 Overall

Data	Province (2021)	S-TOP Project (2019)*
Total Population	1,200,000	307,850
Older adults, Aging Rate	665,909, 25.3%	41,627, 13.52%
The # of Tertiary Hosp.* (Private)	14 9(2021)	1
The # of Secondary Hosp.* (Private)	6	2
The # of Primary Hosp./Fac.* (Private)	76	4

1)-2 S-TOP Project 2019* (Form 2)

	Tertiary		Secondary	Primary
	Acute	IMC	IMC	IMC + LTC
# of Bed	606		8	0
# of Ward		3		0
# of Patients				
(IPD)			2,617	
(OPD)			176,470	20
(Outreach)			1	84
LOS				
Stroke		5	12.19	0
TBI		10	3.2	0
SCI		30	4	0
HR				
PM&R		5	2	0
RN		N/A	2	1
PT		15	8	1
OT		1	0	0
ST		1	0	0
HCV		513	89	158
CG		0	32	85

* Should be revised the data in 2021

2) Current Status

2)-1 Overall

Nonthaburi province is located in central Thailand. The overall S-TOP project operation from the beginning of the project implementation has been in progress according to the action plan. However, it's been difficult under a pandemic circumstance to provide full service. On

the other hand, inadequate medical staff, in terms of quantity and quality, is a significant challenge for project operation as well. Strengths of Nonthaburi province for seamless care service provision are, firstly, the cooperative stakeholder in the province. The operation of health and social care provision for acute care, IMC and LTC intensively require cooperation from the stakeholders for prompt and corrective referral information, to provide appropriate medical treatment and social care effectively. Secondly, the cooperation among hospitals, the provincial administration office, and local communities for health care service provision is considered as an asset for seamless care according to the interview result. After the IMC, the patients are considered for a referral to home program treatment at home, or community day care centers (district-based) for long-term treatment by mainly nurses, PTs, and CGs. Nonthaburi provincial administration office currently provides 42 community day care centers as of June 2022.

The acute care service is provided in A-Level, M-Level and F-level hospitals. There are 14 A-Level hospitals in the province, and 6 community hospitals, the tertiary hospitals are more than community hospitals because most of the tertiary hospitals are institutional hospitals.

The IMC service is divided into 3 types. Firstly, IPD IMC which is provided by a rehabilitation ward of tertiary hospitals and community hospitals which have intermediate beds. The second one is OPD IMC, which the patients are referred to outpatient rehabilitation at community hospitals, THPHs or PCU (public or TAO). Thirdly, the patients are discharged to the home program with a home visit by the MDT to follow up and evaluate health conditions. During the IMC process, the medical team evaluates BI every two months until the maximum of 6 months of a full rehabilitation program. The patients are discharged by 100 scores of BI without multiple impairments (independence). Some patients are referred to receive LTC at THPHs, in case their BI score is lower than 95 with multiple impairments.

2)-2 In S-TOP project

[Structure of implementing organization]

- 7 hospitals and health facilities

Pranangklao Hospital (acute hospital)

Bang Bua Thong 1 Hospital, Bang Bua Thong 2 Hospital (local hospital)

Bang Si Thong THPH, Rongkrajom THPH, Pimolrach Town Municipality, Bang Si Thong Sub-district Municipality (community hospital and day care center)

[Initiatives of implementing organization, Project operation method]

- IMC Provincial Committee led by PHO (No S-TOP Committee)
- The operation method, an IMC service flow in Nonthaburi province starts from Pranangklao Hospital as a main general hospital for acute care. After 2-3 days of acute care for life-saving,

the hospital generally refers patients to local hospitals (Bang Bua Thong 1 Hospital, Bang Bua Thong 2 Hospital or other local hospitals).

- The referred hospitals or PCUs, consisting of multidisciplinary team, create care plan and provide IMC services to the patients accordingly. The patients are assessed for BI every 2 months for six months duration. After six months, those who have BI more than 20 will be discharged from the program, while those who have BI below 20 will be sent to LTC program for continuing rehabilitation.

[Impact of COVID-19]

- The operations have been adapted to suit the social distancing and pandemic measures. Home visit, OPD service and outreach service have to be suspended or reduce frequency.
- Some patients do not want to come to the hospital to avoid the risk of being infected. IMC [3] and LTC [4] teams have adapted the operation method. Therefore, online communication such as communication through LINE application or phone communication have been used frequently. Rehabilitation team has to use tele-consultation and tele-medication in providing service.
- PCU has been transformed to be COVID-19 ward and home visit has to be suspended during high COVID-19 pandemic in 2020. This leads to lower recovery in the patients BI during 2020 and 2021 first quarter. After vaccination has been in use, the operation is resumed now in 2022. The home visit has been resumed, the multidisciplinary team will conduct home visit once or twice a month. Nursing volunteers and CGs can also perform their home visit and rehabilitation at home once or twice a month per a patient according to the care plan.

[Facilities, equipment, wards/beds (sufficient or not), fully utilized or not]

- There is an equipment sharing center for borrowing supervised by Pranangklao Hospital.

[Patient Flow: city area and outer city area]

As for patient flow, there are two patient flows in Nonthaburi Province.

1) City area patients

- Pranangklao Hospital is the main acute hospital. It provides OPD and rehabilitation services. Pranangklao Hospital may refer patients to community hospitals and community hospitals refer the patients to its PCU. Moreover, Pranangklao Hospital may refer to its PCU as well for further rehabilitation.

2) Outer city area patients

- Pranangklao Hospital is the main acute hospital. It provides OPD and rehabilitation services. Pranangklao Hospital may refer patients to THPH and THPH refers the patients to its PCU.

[Key features of the site that lead to each building block]

1) Health Service Delivery

- The health system of Nonthaburi is serviced in three levels: Primary Care, Secondary Care and Tertiary Care. In order to mitigate the crowdedness of Pranangklao Hospital, IMC service is referred to the community or PCU for the city area, and referred to local hospitals for the outer city area.
- There is IMC ward in every local hospital (F1-level = 10 beds, F2-level = 5 to 8 beds, F3-level = 5 beds). There is transportation and refer back service in the area.

2) Health Workforce

- There are 6,544 health workforce and 19,418 health volunteers in the province.

3) Health Information Systems

- Nonthaburi province uses Thai Refer and Thai COC in the referral system. Moreover, during the COVID-19 pandemic, tele-med and tele-consultation have been implemented by using the LINE application to communicate with patients.

4) Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

- There is an equipment sharing center to lend equipment such as inflatable beds, suctions and oxygen generators.

5) Health System Financing

- Nonthaburi has three sources of funds and reimbursement: (1) DRGs payment from NHSO, (2) On-Top Payment from NHSO, and (3) Health Promotion Matching Fund from PAO and NHSO.

6) Leadership and Governance

- There are IMC boards in the provincial level, empowering of IMC team. The municipality has strong leadership to lead in establishing community center for rehabilitation.
- PHO and municipality set up District Municipality Center and hire nursing volunteers under the municipality budget to help in rehabilitation.

7) People Participation

- Community has participated in working with PCU in terms of volunteers and payment for CGs compensation. Some communities have made MOU with hospitals to establish community centers for rehabilitation.

3) Efforts in S-TOP (Good practices & Challenges)

3)-1 Health Service Delivery

- Setting up homewards using the care map by multidisciplinary team to provide IMC service at home
- Setting up health centers in the community with involvement from local authorities and other government agencies (National Housing Authority)

3)-2 Health Workforce

N/A

3)-3 Health Information Systems

N/A

3)-4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

There is an equipment sharing center for borrowing equipment from the provincial matching fund.

3)-5 Health System Financing

The province has established an MOU for matching fund of health promotion fund between PAO and NHSO.

3)-6 Leadership and Governance

1) Building day care centers with municipalities
2) Making MOU with National Housing Authority to provide IMC service in the community
3) Having strong leadership in the PHO team to develop a day care center project and presenting the project to the governor of Nonthaburi Province for budget support. This includes the request for cooperation and support from the community and leaders of Local Government Organizations.

3)-7 People Participation

1) Building day care centers with municipalities
2) Building and Training health volunteers and CGs to work with multidisciplinary teams and community centers

4.4 Chonburi (Health Region 6)

1) Basic Data

1)-1 Overall

Data	Province (2020)	S-TOP Project *
Total Population	1,583,672*	388560
Older adults, Aging Rate	199,567 ,12.60%*	58,910, 15.16%
The # of Tertiary Hosp.*	2 (2020)*	2 (2018)
The # of Secondary Hosp.*	10 (2020)*	2 (2018)
The # of Primary Hosp./Fac.*	128 (2020)*	6 (2018)
Top 3 main diseases	Congestive Heart failure, Senility, Septicemia	-

*Form2

1)-2 S-TOP Project 2019* (Form 2)

	Tertiary (2018)		Secondary (2018)	Primary
	Acute	IMC	IMC	IMC + LTC
# of Bed	1200	24	2	5
# of Ward	N/A	5		0
# of Patients				
(IPD)	50,208	N/A	-	0
(OPD)	646,458	N/A	18,605	N/A
(Outreach)		N/A	256	N/A
LOS				
Stroke	14-28	28-42	7.89	0
TBI	N/A	N/A	11	0
SCI	N/A	N/A	11.2	0
HR				
PM&R		1		0
RN		3	1	0
PT		5	1	1
OT		1	0	0
ST		1	0	0
HCV		N/A	N/A	N/A
CG		N/A	N/A	N/A

* Should be revised the data in 2021

2) Current Status

2)-1 Overall

Chonburi province is located in the Eastern region, Thailand. According to the statistics of the Chonburi PHO, the total number of medical officers in the province is 12,116 at all operational levels. There are total of 155 hospitals and health care service providers under the authority of the MOPH including 1 regional hospital, 1 general hospital, 10 community hospitals, 11 public health centers, and 118 THPHs.

According to the presentation at the JCC meeting, Chonburi and Bang Lamung Hospitals are the main regional/general hospitals providing inpatient medical care and emergency services including patients with Stroke, TBI and SCI in acute phase. After acute treatment with stable conditions, patients receive BI evaluation. In case the BI result is less than or equal to 15 with no multiple impairments, patients are referred to a home rehabilitation program with regular monitoring by the medical MDT from community hospitals. In case the result of BI evaluation is lower than 15 or higher than 15 with multiple impairments, the medical MDT refers patients to community hospitals based on the capacity and context of the hospitals, as well as involvement and decision making of family members. During IMC, the medical team conducts BI evaluation every 1-2 months until the end of IMC (maximum 6 months), then refers for LTC at THPHs or discharges to home.

2)-2 In S-TOP project

[Structure of implementation organization]

- 9 hospitals and health facilities

Chonburi Hospital and Somdej Phra Sangharaj Nganasamvara Geriatric Hospital (Acute Hospital) [1] [2], Sattahip KM10 Hospital, Wat Yansangwararam Hospital [2,3], (community hospital), Chak Ngaeo THPH, PCU Phlu Ta Luang, Huai Yai THPH, Phlu Ta Luang, Sub-district Administrative Organization, Huai Yai Sub-district Municipality. [3,4]

[Initiatives of implementing organization, Project operation method]

- IMC Provincial Committee led by PHO (No S-TOP Committee)
- The operation method is done mainly by acute hospital in admitting, acute treatment, assessment for IMC, and referral of the patients. Acute hospital treats the patients for acute care and when the patients are in stable condition (BI 11-15), the hospital discharges the patients from hospital and does rehabilitation on an OPD basis or refers the patients to community hospitals or THPHs, depending on the area where patients live or conveniently travel to.
- The referred hospitals consist of a multidisciplinary team, that create a care plan and provide IMC service to the patients accordingly. The patients are assessed for BI regularly for six months duration. After six months, those who have BI more than 20 are discharged from the program, while those who have BI below 20 will be sent to LTC program for continuing rehabilitation.

[Impact of COVID-19]

- The operations have been adapted to suit with the social distancing and pandemic measures. Home visit, OPD service and outreach service have to be suspended or least frequency. There are VDO clip for rehabilitation sending to patients and family to do by LINE application.
- Tele-medicine and tele-consultation is initiated and used during COVID-19

[Facilities, equipment, ward/beds (Sufficient or not), fully utilized or not]

- Facilities, equipment, ward/beds. There is equipment sharing center for borrowing supervised by Chonburi hospital and Somdej Phra Sangharaj Nganasamvara Geriatric Hospital such as inflatable bed, suction machine or oxygen generator.

[Patient flow: City area and outer city area]

Chonburi province [1,2] uses three levels of patient flow. Chonburi Hospital and Somdej Phra Sangharaj Nganasamvara Geriatric Hospital provide acute care and refer to their step-down hospitals, community hospitals. After the patients have BI of 15, the patients are discharged to a home program and receive OPD IMC care at THPH or day care centers.

[Key features of the site that lead to each building block]

1) Health Service Delivery*

- The health system of Chonburi is serviced in three levels: Primary Care, Secondary Care and Tertiary Care. In order to mitigate the crowdedness of Chonburi Hospital and Somdej Phra Sangharaj Nganasamvara Geriatric Hospital, the service of IMC is referred to community hospitals or THPHs.
- There is an IMC ward in every community hospital (F1-level = 10 beds, F2-level = 5 to 8 beds, F3-level = 5 beds). There is transportation and refer back service in the area.

2) Health Workforce

- There are 12,134 health workforce and 10,922 health volunteers in the province.

3) Health Information Systems

- Chonburi uses SMART COC and Thai refer programs for its referral.

4) Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

- There is an equipment sharing center for borrowing equipment such as beds, suctions, oxygen generators, and blowing beds. However, some equipment is inadequate for patient's requirements such as beds, oxygen generators or inflatable beds.

5) Health System Financing

- Chonburi has four sources of funds and reimbursement: (1) DRGs payment from NHSO, (2) On-top payment from NHSO, (3) Health Promotion Matching Fund from PAO and NHSO, and (4) Donations.

6) Leadership and Governance

- There are IMC boards in provincial level. The municipality has strong leadership to lead in

establishing community centers for rehabilitation.

- PHO and Municipality set up Sub-District Municipality Center and hire nursing volunteers under the municipality budget to help in rehabilitation.

7) People Participation

- Community and temples have participated in working with community hospitals and THPHs in terms of volunteers and payment for CGs compensation.

3) Efforts in S-TOP (Good practices & Challenges)

3)-1 Health Service Delivery

The S-TOP project operation in Chonburi province recently concentrates on the IMC service delivery improvement, referral information system improvement, and more involvement and partnership with family members as well as the local community. The network hospitals are improving their capacity to support IMC as IPD cases and developing IMC programs in collaboration with stakeholders at the community level.

3)-2 Health Workforce

The operation for service delivery improvement is possibly postponed from the plan because some community hospitals may not be ready to establish IMC wards for specialized IMC service provision due to limited health care human resources, inadequate rehabilitation equipment, and specialized rehabilitation staffs. Those factors also impact the implementation of HRD activities in the province. Modification of the activities from intensive training to on-the-job training may be sought for network organizations to encourage the participation. The HRD activities mainly aim to increase specialized rehabilitation skills of medical staff. For example, the Supreme Patriarch Nganasamvara Geriatric Hospital supports capacity development of rehabilitation to nurses within the network of regional/general hospitals and community hospitals in the province.

Personnel still lack of knowledge and professional skills in IMC services for the older adults and they should be enhanced further. In addition, CG is very important and necessary personnel in providing IMC services for the older adults. Therefore, CG should be considered as a career with a monthly salary. Because patients who do not have relatives or family caregivers with them during the hospital stay will not get used to it and will want to go back home, causing ineffective recovery.

There are also cases where patients are abandoned by their relatives, causing them to stay in the hospital until the end of their life which in this case would be an additional burden for the hospital.

3)-3 Health Information Systems

The instability of an existing referral information system. It does not cover municipal services and the LINE application must be used as a primary patient referral tool.

Information Referral /Patient Referral System, there will be restrictions for Somdej Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital because it is not under DMS.

3)-4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

There is a give and take for borrowing equipment from the provincial matching fund. The project operation is generally in progress, and most of the activities have been conducted according to the action plan. However, the regional/general hospitals in Chonburi province still lack of availability for emergency cases as well as infrastructure and medical equipment for comprehensive rehabilitation and elderly care. The appropriate infrastructure and adequate recovery rooms for IMC patients are also challenging issues for seamless care operations in Chonburi province.

The necessary medical supplies for the IMC service should be provided for the older adults, such as adjustable beds, bedsore-preventing mattresses, gel or cream to prevent bedsores, commode chairs (for home use), NT straps, safety shoes with straps at the back of the foot to encourage the older adults to stand or walk stably, including wheelchairs. Using technological equipment can reduce the burden on CG.

3)-5 Health System Financing

The province has established an MOU for the Matching fund of health promotion fund between PAO and NHSO. However, forming data of revenue and costs is out of the operation at the provincial organization level, as it intensively involves the national policy framework and national social insurance program. Budget allocation for IMC services from the NHSO is an On-Top system, which allocates financial support to origin hospitals (regional/general hospitals) with the rate of 1,000 THB per case and destination hospitals (IMC hospitals) with 3,000 THB per case. However, according to the study of Chonburi Hospital, Sattahip KM 10 Hospital, Wat Yansangwararam Hospital and another 5 hospitals in Health Service Area 6, there should be increased financial payment to 2,000 THB per case for origin hospital and 5,000 THB per case for destination hospital to cover actual service expenses more comprehensively. The IPD-IMC patients cannot receive compensation for the IPD room.

3)-6 Leadership and Governance

IMC Provincial Committee has great leadership in cooperating with local authoritative organizations to establish community center. Moreover, there is an initiation to establish geriatric hospital at Somdej Phra Sangharaj Nyanasamvara Geriatric Hospital for rehabilitation. In addition, PAO has signed MOU with NHSO for Provincial Rehabilitation Fund.

3)-7 People Participation

Having strong participation from local authorities in building day care centers in the communities.

4.5 Khon Kaen (Health Region 7)

1) Basic Data

1)-1 Overall

Data	Province (2021)	S-TOP Project *
Total Population	1,802,872 (2021)*	307,850
Older adults, Aging Rate	280,880 (2021) ,15.57% (2021)*	78,990, 14.36%
The # of Tertiary Hosp.* (Private)	8 (2021)*(3)	1 (2017)
The # of Secondary Hosp.* (Private)	23 (2021)*	2 (2017)
The # of Primary Hosp./Fac.* (Private)	255 (2021)*	4 (2017)

*Form2

1)-2 S-TOP Project 2019* (Form 2)

	Tertiary (2017)		Secondary (2021)	Primary
	Acute	IMC	IMC	IMC + LTC
# of Bed	1,000	24	6	5
# of Ward		3		0
# of Patients				
(IPD)	79,521	N/A	11,844	0
(OPD)	796,298	N/A	93,776	22,208
(Outreach)		618	166	593
LOS				
Stroke	4.04	4	7.89	0
TBI	8.16	5	11	0
SCI	10.57	90	11.2	0
HR				
PM&R		4	0	0
RN		2	1	0
PT		23	7	1
OT		4	1	0
ST		2	0	0
HCV		1,071	2,078	303
CG		739	273	66

2) Current Status

2)-1 Overall

Khon Kaen province is located in Northeastern, Thailand. According to the statistic from Khon Kaen PHO, the average life expectancy of the provincial population is 76.1 years old. Health care service providers in Khon Kaen province under the authority of the MOPH includes 1 regional hospital, 7 general hospitals, 25 community hospitals, 248 Tambon Health

Promotion Hospitals, and 7 community day care centers

The acute care service is provided in A-Level, M-Level and F-level. There are two A-Level hospitals in the province (Khon Kaen Hospital and Srinagarind Hospital), 6 standard hospitals and 23 community hospitals.

The IMC service is divided into 3 types. Firstly, an IPD IMC which is provided by a rehabilitation ward of Khon Kaen Hospital and community hospitals which have intermediate beds. The second one is an OPD IMC, which the patients are referred to outpatient rehabilitation at Khon Kaen Hospital and community hospitals. Thirdly, the patients are discharged to receive a home program with a home visit by the MDT to follow up and evaluate health conditions. During the IMC process, the medical team regularly evaluates BI until the maximum of 6 months of a full rehabilitation program. The patients are discharged by 100 scores of BI without multiple impairments (independence). Some patients are referred to receive LTC at THPHs, in case their BI score is lower than 95 with multiple impairments.

2)-2 In S-TOP project

[Structure of implementation organization]

- 7 hospitals and health facilities

Khon Kaen Hospital (Acute Hospital)

Khon Kaen2 Hospital, Nam Phong hospital (community hospital), Khok Si THPH, Sa-ard THPH, Ban Kambong THPH, Nong Tum THPH (THPH)

Sa-ad Sub-district Municipality, Khok Si Sub-district Municipality, Nong Tum Sub-district Municipality

[Initiatives of implementation organization, Project operation method]

- IMC Provincial Committee led by PHO (No S-TOP Committee)
- The operation method is done mainly by Khon Kaen Hospital in admitting, acute treatment, assessment for IMC, and referral of the patients. Khon Kaen Hospital treats the patients for acute care and when the patients are in stable condition (BI 11-15), the hospital discharges the patients from the hospital and does rehabilitation on an OPD basis at Khon Kaen Hospital or refers the patients to community hospitals or THPHs, depending on the area where patients live or conveniently travel to.
- The referred hospitals consist of a multidisciplinary team, that create a care plan and provide IMC service to the patients accordingly. The patients are assessed for BI regularly for six months duration. After six months, those who have BI more than 20 are discharged from the program, while those who have BI below 20 will be sent to LTC program for continuing rehabilitation.

[Impact of COVID-19]

- The operations have been adapted to suit the social distancing and pandemic measures. Home visits, OPD service and outreach services have to be suspended or least frequency.
- Khon Kaen Hospital made LINE group for each disease: Stroke, SCI, and TBI with patients and a multidisciplinary team to provide consultation and receive feedback from patients.

[Facilities, equipment, wards/beds (sufficient or not), fully utilized or not]

- Facilities, equipment, wards/beds. There is an equipment sharing center for borrowing supervised by Khon Kaen Hospital such as inflatable beds, suction machines or oxygen generators.

[Patient flow: City area and outer city area]

Khon Kaen Hospital uses four levels of patient flow. Khon Kaen Hospital provides acute care and refers to its step-down hospitals, community hospitals. After patients have BI of 15, the patients will be discharged to receive a home program and receive OPD IMC care at THPHs or day care centers.

[Key features of the site that lead to each building block]

1) Health Service Delivery
   - The health system of Khon Kaen is serviced in three level: Primary Care, Secondary Care and Tertiary Care. In order to mitigate the crowdedness of Khon Kaen Hospital, service of IMC is referred to community hospitals or THPHs.
   - There is an IMC ward in every community hospital (F1-level = 10 beds, F2-level = 5 to 8 beds, F3-level = 5 beds). There is transportation and refer back service in the area.

2) Health Workforce
   - There are 6,755 health workforce and 29,257 health volunteers in the province.

3) Health Information Systems
   - Khon Kaen Hospital refers stroke patients to the network hospitals with a referral information program namely Stroke @BI, which is effective for seamless care operation in particular for stroke treatment. The hospital consequently has planned to develop the referral information program in expansion to other diseases as well. The system to transfer referral information of patients directly results is an effective health care service provision.

4) Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies
   - There is an equipment sharing center for borrowing equipment such as beds, suction machines, oxygen generators, and blowing beds. However, some equipment is inadequate for patient's requirements such as beds, oxygen generators or inflatable beds.

5) Health System Financing

- Khon Kaen has three sources of funds and reimbursement: (1) DRGs payment from NHSO, (2) Donation from private foundations, and (3) Health Promotion Matching Fund from PAO and NHSO.

6) Leadership and Governance

- There are IMC boards in provincial and district levels, which empower IMC team. The municipality has strong leadership to lead in establishing community centers for rehabilitation.
- PHO and Municipality set up Sub-District Municipality Center and hire nursing volunteers under municipality budget to help in rehabilitation.

7) People Participation

- Community has participated in working with community hospitals and THPHs in terms of volunteers and payment for CGs compensation. Some communities have made an MOU with hospitals to establish community centers for rehabilitation.

3) Efforts in S-TOP (Good practices & Challenges)

3)-1 Health Service Delivery

Setting up a home ward using a care map by multidisciplinary team to provide IMC service at home, promoting access to more services and creating equality in receiving service.

3)-2 Health Workforce

The IMC personnel structure should be created as one more department as it is currently used in conjunction with other departments, causing insufficient numbers of personnel to meet the increasing workloads.

3)-3 Health Information Systems

Khon Kaen Hospital refers stroke patients to network hospitals with referral information program namely Stroke @BI, which is effective for seamless care operation in particular for stroke treatment.

3)-4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

There is a give and take for borrowing equipment from provincial matching fund.

3)-5 Health System Financing

The province has established an MOU for Matching fund of health promotion fund between PAO and NHSO.

3)-6 Leadership and Governance

Khon Kaen hospital has great leadership in educating the importance of IMC service to the community and temple, and manage to get cooperation from the temples and community in establishing Khon Kaen 2 hospital and community center for rehabilitation.

3)-7 People Participation

1) Having strong participation from temples (Building of Khon Kaen 2 Hospital)

2) Having strong participation from local authorities in building day care centers in the communities.

4.6 Nakhon Ratchasima (Health Region 9)

1) Basic Data

1)-1 Overall

Data	Province (2021)	S-TOP Project (2017)*
Total Population	2,633,203	133,812
Older adults, Aging Rate	665,909, 25.3%	21,801, 16.3%
Mortality Rate	0.83 (2018)	-
Birth Rate	0.87 (2018)	-
The # of Tertiary Hosp.*	1	1
The # of Secondary Hosp.*	32	1
The # of Primary Hosp./Fac.*	354	5
Top 3 main diseases	stroke, Neuropathy, Blood poisoning	-

1)-2 S-TOP Project 2017* (Form 2 or IMC data)

	Tertiary		Secondary (Hua Thale)	Primary
	Acute	IMC	IMC	IMC + LTC
# of Bed	1,300	12	N/A	0
# of Ward		1	N/A	0
# of Patients				
(IPD)	109,965	XXX	369	
(OPD)	1,233,131	XXXX	33.179	22,872
(Outreach)			0	N/A
LOS				
Stroke		7.96	5	0
TBI		13.28	19	0
SCI		7.44	N/A	0
HR				
PM&R		5	N/A	2
RN		1,323	N/A	12
PT		16	N/A	3
OT		4	N/A	0
ST		3	N/A	0
HCV		513	N/A	534
CG		0	N/A	28

2) Current Status

2)-1 Overall

The seamless care service provision flow in Nakhon Ratchasima province starts from Maharat Nakhon Ratchasima Hospital which can provide acute treatment and short-term IPD intermediate care for serious illness. The medical multidisciplinary team evaluates the patient's BI after receiving acute care. In case the BI index is higher than or equal to 75 without multiple impairments, patients are referred to a home rehabilitation program through discussion with family members. The hospital also provides a monitoring program to follow up on patients' health conditions and information referrals through the Thai COC program. In case the BI index is lower than 75 with multiple impairments, patients are basically referred to community hospitals for IMC.

The acute care service is provided in A-Level, M-Level and F-level hospitals. There is one A-Level hospital in the province (Maharat Nakhon Ratchasima Hospital), and 32 community hospitals.

The IMC service is divided into 3 types. Firstly, IPD IMC which is provided by a rehabilitation ward of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital or Hua Thale Hospital, and community hospitals that have intermediate beds. The second one is OPD IMC, which the patients are referred to outpatient rehabilitation at a community hospital. Thirdly, the patients are discharged to receive a home program with a home visit by the MDT to follow up and evaluate health conditions. During the IMC process, the medical team monthly evaluates BI until the maximum of 6 months of a full rehabilitation program. The patients are discharged by 100 scores of BI without multiple impairments (independence). Some patients are referred to receive LTC at THPHs, in case their BI score is lower than 95 with multiple impairments.

2)-2 In S-TOP project

[Structure of implementing organization]

- 6 hospitals and health facilities

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital (acute hospital)

* Hua Thale Hospital (OPD service of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital)

Jo Ho PCU, Rakai PCU, Hua Thale PCU, and Hua Thale District Municipality

*Super PCU *Not included in the project

[Initiatives of implementing organization, Project operation method]

- IMC Provincial Committee led by PHO (No S-TOP Committee)
- The operation method is done mainly by Maharat Nakhon Ratchasima Hospital in admitting, acute treatment, assessment for IMC, and referral of the patients. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital treats the patients for acute care and when the patients are in stable condition (BI 11-15), the hospital will discharge the patients from the hospital and asks them to do rehabilitation

on an OPD basis at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital or refers the patients to PCU or M-level hospital, depending on the area where patients live or conveniently travel to.

- The referred hospitals or PCUs, consisting of multidisciplinary teams, that create a care map/care plan and provide IMC service to the patients accordingly. The patients are assessed BI every month for six months duration. After six months, those who have BI more than 20 will be discharged from the program, while those who have BI below 20 will be sent to the LTC program for continuing rehabilitation.

[Impact of COVID-19]

- The operations have been adapted to suit the social distancing and pandemic measures. Home visits, OPD service and outreach service have to be suspended or reduced the frequency.
- Some patients do not want to come to the hospital to avoid the risk of being infected. Therefore, IMC [3] and LTC [4] team have adapted the operation method. Online communication such as communicating through LINE application or phone has been used frequently. The rehabilitation team has to use tele-consultation and tele-medication in providing the services.
- PCU has been transformed to COVID-19 ward and home visit has to be suspended during the high COVID-19 pandemic infection in 2020. This leads to lower recovery in the patients BI during 2020 and 2021 first quarters. After vaccination has been in use, the operation is resumed now in 2022, the home visit has been resumed, multidisciplinary teams will do once or twice a month of home visits. Nursing volunteers and CGs can also perform their home visits and rehabilitation at home once or twice a month per patient according to the care map.

[Facilities, equipment, wards/beds (sufficient or not), fully utilized or not]

- Facilities, equipment, wards/beds. There is a Give and Take equipment sharing center for borrowing supervised by Maharat Nakhon Ratchasima Hospital and receive financial support from Provincial Health Promotion Matching Fund by NHSO and PAO. According to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital's presentation, some equipment is inadequate such as beds, oxygen generators, inflatable beds.

[Patient flow: City area and outer city area]

As for patient flow, there are two patient flows in Nakhon Ratchasima Province.

1) City area patients*

- Maharat Nakhon Ratchasima Hospital is the main acute Hospital, it provides 12-bed IMC ward. It has its OPD service outside the hospital (Hua Thale Hospital) which provides OPD and rehabilitation services. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital may refer patients to Thepparat Hospital and Thepparat Hospital refers the patients to its PCU. Moreover,

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital may refer to its PCU as well, for further rehabilitation.

*Features other than S-TOP project

In the Muang district, there is a community hospital which can provide IPD service. Depending on the place where the patients live, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital also refers to the community hospitals.

2) Outer city area patients*

- There are no hospitals or health facilities in S-TOP project.

*Features other than S-TOP project

For the patients who live outer city area, district hospitals (M-Level) are the main acute hospitals and refer patients to community hospitals (e.g., Phimai Hospital), Tambon Health Promotion Hospital, or home visits.

[Key features of the site that lead to each building block]

1) Health Service Delivery*

- The health system of Nakhon Ratchasima is serviced in three levels: Primary Care, Secondary Care and Tertiary Care. In order to mitigate the crowdedness of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, the service of IMC is referred to PCU or PCC for the city area, and referred to local hospitals for the outer city area.
- There is an IMC ward in every local hospital (F1-level = 10 beds, F2-level = 5 to 8 beds, F3-level = 5 beds). There is transportation and refer back service in the area.

*Features other than S-TOP project

- Super PCU

  Super PCU is the main feature of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital providing services in the community or convenient places for patients, this mitigates the difficulty of patients in traveling to hospitals and it is connected to seamless service in the service delivery block.

- Rehabilitation by private clinics

  Contracting with private rehabilitation clinics and referring patients to do rehabilitation at that clinic near the patient's residence, the clinic gets paid from NHSO at the agreed rate of service. This can help solving the problems of inadequate PT and OT in health facilities.

2) Health Workforce

- There are 9,802 health workforce and 28,723 health volunteers in the province.

3) Health Information Systems

- Nakhon Ratchasima uses Thai COC in referral system. Moreover, during the COVID-19 pandemic, tele-med and tele-consultation have been implemented by using the LINE application to communicate with patients.

4) Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

- There is a give and take center for borrowing equipment such as beds, suctions, oxygen generators, and blowing beds. However, some equipment is inadequate for patient's requirements such as beds, oxygen generators or inflatable beds.

5) Health System Financing

- Nakhon Ratchasima has three sources of funds and reimbursement: (1) DRGs payment from NHSO, (2) On-Top Payment from NHSO, and (3) Health Promotion Matching Fund from PAO and NHSO. The problem for Nakhon Ratchasima is the difficulties in getting reimbursed, there are many inputs or records to be filled; therefore, some IMC activities are not reimbursed.

6) Leadership and Governance

- There are IMC boards in provincial and district level that empowering IMC team. The municipality has strong leadership to lead in establishing community centers for rehabilitation.
- PHO and municipality set up the Hua Thale District Municipality Center and hire nursing volunteers under the municipality budget to help with rehabilitation.

7) People Participation

- Community has participated in working with the PCU in terms of volunteers and payment for CGs compensation. Some communities have made MOU with hospitals to establish community centers for rehabilitation.

3) Efforts in S-TOP (Good practices & Challenges)

3)-1 Health Service Delivery

- Setting up a homeward using the care map by multidisciplinary team to provide IMC service at home
- Setting up a health center in the community (Happy Neighborhood area: Suk-Jai-Klai-Baan Center) with the involvement from local authorities

3)-2 Health Workforce

CG is a key person in the IMC service provision which is currently insufficient in number because there is no certainty about income and career path. Therefore, the Local Administrative Office should consider hiring more CGs.

3)-3 Health Information Systems

N/A

3)-4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

There is a give and take center for borrowing equipment from the provincial matching fund.

3)-5 Health System Financing

The province has established an MOU for the Matching fund of health promotion fund between PAO and NHSO.

3)-6 Leadership and Governance

- Building physical therapy partners in city area with the municipality
- Making MOU with private physical therapy clinics using care map of multidisciplinary teams to provide IMC service at home

3)-7 People Participation

- Building physical therapy partners in city area with the municipality
- Building and Training health volunteers and CGs to work with multidisciplinary teams and community center

4.7 Surat Thani (Health Region 9)

1) Basic Data

1)-1 Overall

Data	Province (2021)	S-TOP Project (2021)*
Total Population	1,072,464	212,824 *
Older adults, Aging Rate	173,488, 16.18%*	29,722,13.97%*
Mortality Rate	0.663%***	
Birth Rate	0.927%***	
The # of Tertiary Hosp.* (Private)	1 (2022)** (4)	1*
The # of Secondary Hosp.* (Private)	19 (2022)** (4)	1*
The # of Primary Hosp./Fac.*	187 (2022)***	1*

1)-2 S-TOP Project 2021* (Form 2)

	Tertiary		Secondary		Primary
	Acute	IMC	Acute	IMC	IMC + LTC
# of Bed	104	4	30	4	0
# of Ward		1		-	-
# of Patients					
(IPD)	43,718		1,853		0
(OPD)	568,167		10,339		0
(Outreach)		140		9	24
LOS					
Stroke	3.72	11.13	N/A	2	N/A
TBI	4.75	11.5	N/A	4.5	N/A
SCI	8.71	4.2	N/A	4	N/A
HR					
PM&R		4		0	0
RN		4		2	0
PT		21		2	0
OT		4		0	0
ST		0		0	0
HCV		1529		2	104
CG		121		20	22

2) Current Status

2)-1 Overall

Surat Thani province is located in the Southern region, Thailand. According to the statistics from Surat Thani PHO (2020), the number of total public medical officers is 5,450 and private medical officers is 566. Hospitals and health care service providers under the authority of the MOPH are a total of 219 organizations including 1 regional hospital, 19 local hospitals, 167 THPHs and 20 health centers. Besides, there are 12 non-authorized hospitals including private hospitals. For health circumstances, the provincial annual OPD service ratio is 2.85 times on average, and the annual IPD service ratio is 4.44 days on average.

2)-2 In S-TOP project

[Structure of implementation organization]

- 4 hospitals and health facilities

Surat Thani Hospital (acute hospital)

Ban Na Doem Hospital, Ban Huai Yai THPH, Ban Na Sub-district Municipality

[Initiatives of implementing organization, Project operation method]

- IMC Provincial Committee led by PHO. There is a Provincial S-TOP committee appointed by the Governor and has an annual meeting.
- The operation method is done mainly by Surat Thani Hospital in admitting, acute treatment, assessment for IMC, and referral of the patients. Surat Thani Hospital treats the patients for

acute care and when the patients are in stable condition with BI of 15 or lower and without 2 or more impairments, the hospital refers the patients to 19 network local hospitals or THPHs for IPD/OPD IMC. The hospital will discharge the patients on three conditions (1) BI level of the patient equals to 20, (2) If the IMC treatment period has completed for six months. And if the patient's BI level is 11-19, the patients will be put in a home program for further treatment, and (3) if the MC treatment period has completed form six months and the patients BI level is below 11, the patients will be referred to LTC for further treatment.

- Surat Thani Hospital also provides OPD IMC to those who are from the coverage area of Surat Thani.

[Impact of COVID-19]

- The operations have been adapted to suit the social distancing and pandemic measures. Home visits, OPD service and outreach services have to be suspended or reduced frequency.
- Some patients do not want to come to the hospital to avoid the risk of being infected. Therefore, the IMC and LTC teams have adapted the operation method. Online communication such as communicating by LINE or phone have been used frequently. The rehabilitation team has to use tele-consultation and tele-medication in providing services.
- Multidisciplinary team has made VDO clips to teach the patients how to do rehabilitation at home and ask the patients to submit their practicing VDOs so the multidisciplinary team can check and assess the patient's conditions and BI.

[Facilities, equipment, wards/beds (sufficient or not), fully utilized or not]

- There is an equipment borrowing center at Surat Thani Hospital. The equipment such as oxygen generators, inflatable beds. There are also prosthetic technicians in Surat Thani Hospital to make and repair the prosthetic equipment for the patients.

[Patient flow]

Surat Thani is the main hospital to refer patients to other facilities.

1) From acute hospital to THPH

- Surat Thani Hospital is the main acute hospital. It provides IMC ward and rehabilitation units. Surat Thani discharges the patients who have stable conditions and have BI of 15 or lower and without 2 or more impairments to THPH for OPD and home program and provides rehabilitation until patients' BI reaches 20 or completes six months period. After six months, the multidisciplinary team assesses the patients 'BI, if the BI is 11-19, they will be put in a home program and if BI is lower than 11, the patients will be registered in the LTC program for further treatment.

2) From acute hospitals to local hospitals

- Surat Thani Hospital is the main acute hospital. It provides IMC ward and rehabilitation units. Surat Thani discharges patients who have stable conditions and BI 11-19 to local hospitals for OPD. When the patients' BI is more than 15 but less than 20, local hospitals may discharge the patient to receive a home program or to receive services at day care centers until patients' BI reach 20 or complete six months period. After six months, the multidisciplinary team assesses the patients' BI, if the BI is 11-19, they will be put in a home program and if the BI is lower than 11, the patients will be registered in the LTC program for further treatment.

[Key features of the site that lead to each building blocks]

1) Health Service Delivery

- The health system of Surat Thani is serviced in three levels: Primary Care, Secondary Care and Tertiary Care. In order to mitigate the crowdedness of Surat Thani Hospital (Tertiary), the service of IMC is referred to local hospitals (Secondary) or THPH (Primary).
- There is an IMC ward in three local hospitals (Phun Phin Hospital (12 beds), Kanchanadit Hospital (6 beds) and Tha Ruang Chang Hospital (6 beds), and there is a plan to implement an IMC ward in another two local hospitals (Wieng Sa Hospital (6 beds) and Chai Ya Hospital (6 beds), other local hospitals implement IMC beds (2 beds), except for Ban Na Doem Hospital that has 4 IMC beds.
- There is a THPH in every sub-district to provide OPD and home programs and some sub-districts operated day care services.

2) Health Workforce

- There are 6,016 health workforce and 19,285 health volunteers in the province.

3) Health Information Systems

- Surat Thani uses SMART COC for the referral system. Moreover, during the COVID-19 pandemic, tele-med and tele-consultation have been implemented by using the LINE application to communicate with patients.

4) Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

- There is an Equipment Center for borrowing equipment such as inflatable beds, oxygen generators at Surat Thani Hospital and every community hospital.

5) Health System Financing

- Surat Thani has three sources of funds and reimbursement: (1) DRGs payment from NHSO for IPD cases, (2) On-Top Payment from NHSO (OPD cases and Rehabilitation in

Community), and (3) Provincial Rehabilitation Fund (Health Promotion Matching Fund from PAO and NHSO). *** Items 1 and 2 are reimbursed under the same conditions throughout the country.

6) Leadership and Governance

- There are IMC boards in the provincial and district level which empowering IMC teams by the regular meeting. The municipality has strong leadership to lead in establishing community centers for rehabilitation.

7) People Participation

- Community has participated in working with day care centers in terms of volunteers and payment for CGs compensation. Some communities have made an MOU with hospitals to establish community centers for rehabilitation.

3) Efforts in S-TOP (Good practices & Challenges)

3)-1 Health Service Delivery

There are various rehabilitation units in Surat Thani Hospital such as physical therapy, hydrotherapy, cardio therapy, occupational therapy, speech therapy, and electrical therapy.

3)-2 Health Workforce

N/A

3)-3 Health Information Systems

Establishing its own referral system, SMART COC to use in the province.

3)-4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

- There is an Equipment Center for borrowing equipment from the provincial rehabilitation fund.
- There is an Independent Living Room (IL Room) at Ban Na Doem Hospital to train patients and families before being discharged to receive a home visit.

3)-5 Health System Financing

The province has established an MOU between PAO and NHSO for establishing Provincial Rehabilitation Fund.

3)-6 Leadership and Governance

There are 2 CGs in each village for providing IMC and LTC services initiated by the cooperation of local hospitals, THPHs and =municipalities.

3)-7 People Participation

The MOU between local hospitals and municipalities for day care services.

4.8 Phuket (Health Region 9)

1) Basic Data

1)-1 Overall

Data	Province (2020)	S-TOP Project (2021)*
Total Population	418,785	248,956
Older adults, Aging Rate	51,452 : 12.29%	34,373, 13.80%
The # of Tertiary Hosp.*	1	1
The # of Secondary Hosp.*	3	3
The # of Primary Hosp./Fac.*	21	3
Top 3 main diseases	Senility, Unidentified diseases, Congestive Heart failure	-

1)-2 S-TOP Project 2017* (Form 2)

	Tertiary		Secondary	Primary
	Acute	IMC	IMC	IMC + LTC
# of Bed	60	8	8	3
# of Ward	4	0	0	0
# of Patients (IPD) (OPD) (Outreach)	 26,593 383,575	 9 64 43	 29 27 80	 0
LOS Stroke TBI SCI	 10.47 7.65 17	 7 6 15	 12.8 7 0	 0
HR PM&R RN PT OT ST HCV CG	 1,019 9	 3 1 25 5 1 0	 1 4 11 0 0 100 25	 0 0 2 0 0

2) Current Status

2)-1 Overall

Phuket is the country's largest island located in Southern of Thailand. According to the statistics from the Phuket PHO, the total number of medical officers in the province is 4,486 at all operational levels with 1,973 health care volunteers. There are a total of 32 hospitals and health care service providers under the authority of the MOPH including 1 regional hospital, 3 community hospitals, 3 public health centers, 21 THPHs, and 4 other medical service providers. For health circumstances in Phuket, the provincial annual Out-Patient

Department (OPD) service ratio is 2.50 times on average and the annual In-Patient Department (IPD) service ratio is 4.71 days on average. The Acute care service is provided in S-Level and M-Level. There is one S-Level hospital in the province (Vachira Phuket Hospital), and 32 community hospitals.

2)-2 In S-TOP project

[Structure of implementing organization]

- 7 hospitals and health facilities

Vachira Phuket Hospital (Acute Hospital)

Patong Hospital, Thalang Hospital, Chalong Hospital (Community Hospital)

Choeng Thale THPH, Koh Kaew THPH, Phuket City Public Health Center

[Initiatives of implementing organization, Project operation method]

- IMC Provincial Committee led by PHO (No S-TOP Committee)
- The operation method is done mainly by Vachira Phuket Hospital in admitting, acute treatment, assessment for IMC, and referral of the patients. Vachira Phuket Hospital treats the patients for acute care and when the patients are in stable condition (BI 11-15), the hospital refers the patients to community hospitals. After BI is more than or equal to 15, the patients are referred to THPH or Public Health Center for OPD IMC or home program.
- The referred hospitals, consisting of multidisciplinary team, create care plan and provide IMC service to the patients accordingly. The patients are assessed for BI every month for six months duration. After six months, those who have BI more than 20 are discharged from the program, while those who have BI below 20 are registered to LTC program for continuing rehabilitation.

[Impact of COVID-19]

- The operations have been adapted to suit with the social distancing and pandemic measures. Home visit, OPD service and outreach service have to be suspended or least frequency.
- Some patients do not want to come to the hospital to avoid the risk of being infected. IMC and LTCteam have adapted the operation method, online communication such as line communication or phone communication have been used frequently. Rehabilitation team has to use tele-consultation and tele-medication in providing service.

[Facilities, equipment, ward/beds]

- There is an equipment sharing center for borrowing supervised by PAO and gets financial support from Local Authority.

[Patient flow: City area and outer city area]

- Vachira Phuket Hospital, the main acute Hospital, refers patients to community hospitals for IPD IMC and after patients' BI is equal or more than 15, the patients are referred to THPH (for outer city area) and to Phuket City Public Health Center (For city area).

[Key features of the site that lead to each building blocks]

1) Health Service Delivery
   - The health system of Phuket is serviced in three level: Primary Care, Secondary Care and Tertiary Care. IMC patients and occupancy rate of Phuket is lower than 70% due to reluctance of patients in IMC service.
   - There is IMC ward in every local hospital (F1-level = 10 beds, F2-level = 5 to 8 beds, F3-level = 5 beds). There is a transportation and refer back service in the area.

2) Health Workforce
   - There are 4,486 health workforce and 1,973 health volunteers in the province. However, rehabilitation nurse is significantly inadequate.

3) Health Information Systems
   - Phuket uses Thai Refer and Thai COC in referral system. Moreover, during COVID-19 pandemic, tele-med and tele-consultation have been implemented by using LINE application to communicate with patients.

4) Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies
   - There is equipment sharing center such as inflatable bed, suction and oxygen generator.

5) Health System Financing
   - Phuket has three sources of funds and reimbursement: (1) DRGs payment from NHSO, (2) On-Top Payment from NHSO, and (3) Health Promotion Matching Fund from PAO and NHSO.

6) Leadership and Governance
   - There are IMC board in provincial. Municipality has strong leadership to lead in established community center for rehabilitation.

7) People Participation
   - Community has participated in working with community hospitals in terms of volunteers and payment for CGs compensation.

3) Efforts in S-TOP (Good practice & Challenges)

3)-1 Health Service Delivery

Vachira Phuket hospital which can provide acute treatment to the community hospitals as IPD cases with the service of IMC nurse CMs at 3 network hospitals to improve the service delivery. However, access to IMC of patients in Phuket is still low as patients are reluctant to continually receive IMC.

3)-2 Health Workforce

Rehabilitation nurse is significantly inadequate.

3)-3 Health Information Systems

A referral back system to community hospital has not been well-established and the hospitals are lack of nurses to be in charge as CMs to coordinate for referral cases. In the case of out-reach rehabilitation or home program, some patients are reluctant to accept home visits by the medical MDT

3)-4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

There is equipment sharing center for borrowing equipment.

3)-5 Health System Financing

The province has established MOU for Matching fund of health promotion fund between PAO and NHSO.

5. Research/ Survey

5.1 Concept

5.1.1 Background

IMC with JICA intervention has been implemented in 8 pilot sites and in 2 potential settings in the S-TOP project with the project objectives including: 1) providing seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services; 2) developing IMC seamless care models at pilot sites for the seamless provision of medical, rehabilitative, social and life-support services; and 3) solve the problems that existed during project implementation through the situation analysis at the central level and pilot sites.

Guideline of intermediate care (IMC) in Thailand should be explored, including the related policies of the Ministry of Public Health (MOPH), related Ministries, Professional organizations, and Social health protection scheme, especially the Universal Coverage Scheme (UCS) of the National Health Security Office (NHSO). The pilot sites have been informed in their full context and settings for IMC services and governance. The skills and knowledge of participants which were enabled by S-TOP Project input, should be evaluated in order to reach successful factors as well as challenges and achieve project objectives.

Potential and actual influences on the progress and effectiveness of implementation efforts from the provider's perspective, purchaser's perspective, and patient's perspective should be assessed. This research will explore the details and complexity of intervention of design, deployment, inputs, and tactics as well as significant organizational factors for further implementation.

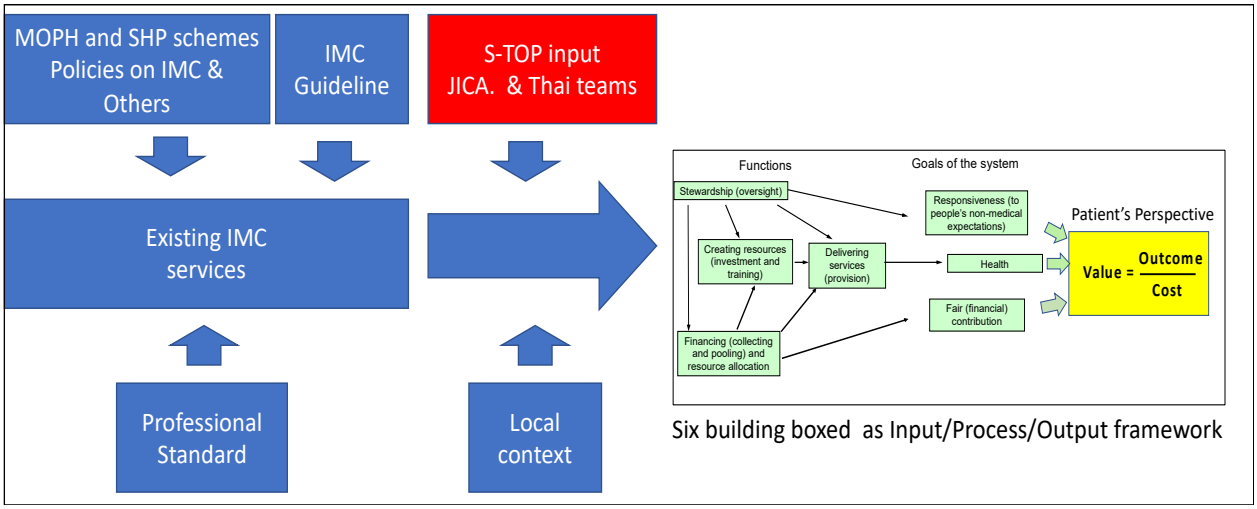
5.1.2 Objectives

1) Assess the seamless provision of IMC services, including medical, rehabilitative, social and life-support services of the S-TOP project in pilot sites in 8 provinces.
2) Compare costs and effects of the IMC services in pilot sites from the perspective of provider and purchaser.
3) Generate case studies of pilot sites to understand the real-life context for lessons learnt.

5.1.3 Method of Study

Qualitative and quantitative approach are used for a formative evaluation study using the conceptual framework as presented in Figure 1.

Figure 1: Conceptual framework



5.1.4 Tasks to be implemented (in order)

1) A literature review of secondary sources focusing on Intermediate Care (IMC) in Thailand.

2) Quantitative study aims to assess the value of care (Value = Outcome/Cost) comparing to IMC in other areas. However, the opportunity cost of patients is not included in this study due to time limitation and COVID-19 situation. Data of IMC in Fiscal Year 2022 include: 1) Data for DRG reimbursement and IMC service of the NHSO; 2) IMC service data of the pilot sites; and 3) Accounting and statistics reports from health facilities submitted to the Office of Permanent Secretary of MOPH. This data will be verified by the research team and pilot sites. Incomplete and/or error records will be excluded from the quantitative study. However, it will be used as input for qualitative study to identify the operational issues.

   1)-1 Dependent variable (Outcome) is measured by change in functional status: clinical outcome evaluated by the Thai Modified Barthel Index (BI) of the 3 targeted diseases.

   1)-2 Independent variables include demographic variables, physical and mental clinical variables, and disease groups such as DRGs and SNAP or other case-mixed groups.

3) The qualitative study will be conducted by content analysis on the relationship between policy objective (goal), design, deployment, input, process, and output/outcome. Each topic will be evaluated to realize the situation of IMC services before implementing the S-TOP project (including knowledge and skills from CTOP and LTOP projects). Pilot sites will be assessed on knowledge and skill gained from the S-TOP Project from training in Japan and in Thailand, the reason for modification of IMC design, deployment and implementation according to local context and national policy, achievement and challenges.

4) Detail activities of quantitative approach are comprised of:

   4)-1 Site visits to pilot sites in 8 provinces for understanding local context,

   4)-2 Conduct in-depth interviews with five key actors in each province,

   4)-3 2 focus group discussions with one pilot site and another control site in each province,

4)-4 Telephone interview with patients to get patient experiences on using IMC services at pilot sites,

4)-5 In-depth interviews with responsible persons in Ministries, Thai experts and Japanese experts from JICA who involved in the S-TOP project

Measure for keeping privacy issues must be applied for all research activities both quantitative and qualitative parts.

5) Conduct a workshop with stakeholders regarding the result of study

6) Synthesis of the qualitative and quantitative data by using the qualitative data to explain the results of the quantitative analysis and provide policy recommendation for IMC service design and implementation, practice guideline, and resource utilization. This will lead to the understanding of the factors affecting intermediate care outcomes and provide the pictures of intermediate care of each S-TOP pilot sites.

7) Prepare and submit report to the S-TOP office.

5.2 Findings/Results

Expected outputs will compose of

1) Case studies for lessons learnt for continuous improvement of IMC services, including seamless care of pilot sites and expansion nationwide.
2) Cost of IMC services from the provider's and the purchaser's perspective.
3) Policy recommendation on IMC services and cost of services

The research findings are expected to be finished by November 2022.

5.3 Analysis

Statistical analysis will be done by descriptive and analytic analysis of services at general hospitals/ community hospitals/ health centers/ home care levels. The duration of the analysis is six months.

Costing of IMC services per visit and per episode of care (combination of costs in different health facilities and communities for the whole period of IMC service) is calculated using cost to charge ratio technique from e-claim data to NHSO, or traditional cost accounting technique (micro-costing) of the Office of Permanent Secretary of MOPH.

- Cost recovery from different payment methods will be analysed and compared, which include the current payment method using DRG and the standard fee schedule for IMC, SNAP, and others.
- Cost effectiveness and value (percentile of ADL improved/percentile of total cost) analysis will be performed by different clinical groups, including DRGs and SNAPs. The value of money used for IMC intervention compared to the clinical outcome gained. The data will be collected and analysed from the purchaser's and provider's perspectives. Effectiveness will be measured in the form of disability averted.

The clinical outcome evaluated by using the Thai Modified Barthel Index (BI), which is categorized into 3 scores of severely disabled, moderately disabled, and no or mild disability.

Qualitative study will be analysed by content analysis for synthesis the relationship of policy objective (goal), design, deployment, input, process, and output/outcome of 1) Seamless care design and implementation, 2) Conventional IMC service, 3) Technology initiative and acceptance in Tele-IMC service in response to COVID-19, 4) Governance design and practice in different settings such as centralized (command control) and decentralized (contract model), 5) Coordination of care based on people-centered concept, 6) Integrated information system, and 7) Appropriate payment methods.

5.4 Conclusion

The conclusion of this research will be finished by November 2022.

6. Policy Proposal to the Thai Government

6.1 Health Service Delivery

It is important that intermediate care service (Intermediate Care; IMC) should be implemented in providing medical service, rehabilitation, social and life supports seamlessly for service recipients, including the comprehensive service linkage between IMC and Long-Term Care (LTC) for service recipients who are receiving medical treatment and service recipients who have passed the medical treatment period. These services need to be classified in roles and responsibilities among service providers especially in intensive rehabilitation and long-term care. In addition, public hospitals should be developed in every aspect of policy recommendation based on the realization of insufficiency of service in current situation due to various limitations and challenges.

1) Service Standard

1)-1 Service standardization should be established in IMC in each service type properly which are

- Outpatient (OPD)
- Inpatient (IPD)
- Outreach
- Tele-health system) Tele-medicine, Tele-health, Tele-rehabilitation)

Also, it should be considered that disease groups be added as needed for more coverage of patient care in the future.

1)-2 Setup IMC service provision in various health facilities so that patients can easily access to the services i.e. 1) Hospitals at all levels provide three types of service: OPD, IPD (by establishing rehabilitation ward or rehabilitation bed with at least one month length of stay), Outreach and 2) THPH and community day care center provide two types of service: OPD and Outreach including making plan for patient referral and evaluation after providing rehabilitation

1)-3 In order for IMC services to be standardized (minimum necessity) and for those services to provide the treatment of critical illnesses which are stroke, traumatic brain injury, spinal cord injury, and fragility hip fracture, it is necessary that Clinical Practice Guideline (CPG) be established by the Royal College, professional associations or related academic agencies as a medical guideline, and that services be performed in accordance with the CPG. It is required to have screening, system registration, rehabilitation service provision, patient referral and continuous of care. This will enable intermediate care service to be provided with quality in all hospitals.

1)-4 Promote the establishment of community day care center by having the cooperation between Local Administrative Organization and public health organization to provide the services that are appropriate for the context of the area.

1)-5 Encourage the provision of intensive rehabilitation as an inpatient service type for IMC patients during the Golden period (6 months).

1)-6 Divide service area or service zone properly to have PM&R doctor or OT in tertiary hospital act as advisor or care provider for service recipients in neighboring area.

2) Service System Management

2)-1 Seamless care service must take into account service standards and local resources.

2)-2 A seamless care service should have service recipient's data referral system for continuous care from the acute phase to intermediate phase, and until entering the long-term phase. In particular, standards of care, standard of data, and severity of symptoms must be specified, in order to make the referral process be the most beneficial to the service recipients. A responsible person/care manager (IMC Manager) is needed to be assigned to coordinate among various organizations for acute care, intermediate care, and long-term care recipients, both in the hospital and in the community.

2)-3 In each phase of the seamless care service, service systems must be developed to be easily accessible, to ensure that the service recipients can access to the services that they should receive.

3) Building a cooperative system to support the service

3)-1 Promote the cooperation among organizations which are hospitals, LAOs, departments under MSDHS and relevant organizations in the community.

3)-2 Consider encouraging the private sector to take part in providing services.

4) Building public acknowledgement and awareness to the people

4)-1 Even in Thailand, where healthy life expectancy is relatively long, health promotion and prevention of illness still need to be done continuously so that people can continue to lead long and healthy lives. It is also important to improve the awareness and understanding of service recipients and their families, especially with regard to the importance of the concept of rehabilitation.

4)-2 It is important to improve access and literacy of service recipients and families to the information system, objective understanding of the recipient's situation and care.

4)-3 Build public acknowledgement and awareness to the people as well as medical personnel about the roles and duties of the rehabilitation team to be beneficial to the referral and rehabilitation of service recipients continuously.

5) Others

5)-1 Set rehabilitation goals by a multidisciplinary team starting from the beginning of the rehabilitation, during the rehabilitation, and before discharging the patients from the service system in order to provide appropriate services to the patients under the limitations of the services and family context.

5)-2 Consider measuring and improving the quality of life (QOL) of service recipients and (family) caregivers, probably utilizing WHO's QOL evaluation scheme.

5)-3 In order to evaluate the IMC service system, both operational processes and operational outcomes should be considered in the evaluation.

6.2 Health Workforce

1) Addressing the shortage of professionals

Promote to solve the issue of shortage of professionals by having a sufficient replacement in terms of both quality and quantity to bring about the suitability of providing seamless care service including using a multidisciplinary collaboration process for rehabilitation care.

It is also important to encourage the use of technology to replace the shortage of professionals, both quantity and quality.

Improve professional recruitment methods to be more diverse, such as, outsourcing or periodic employment. including promoting the employment of professional by LAOs.

2) Determination of job characteristics, job titles and appropriate number of personnel

Consider the standards of each service in a seamless care system by surveying, studying and reviewing manpower framework regarding job description, job types, job titles, and the number of personnel that suitable for rehabilitation service including considering the distribution of resources throughout the country, especially rehabilitation nurses, occupational therapists, speech therapists, physiotherapists, and physicians. These need to analyze the mechanism of position, career path, and higher salary level carefully.

Improve medical professional/employee engagement through various mechanisms such as compensation, appropriate welfare, including promoting professional advancement to motivate professionals to work and remain in the service system for a long time.

3) Training of professionals: Quality improvement

Promote the capacity building of professionals involved in seamless care service including the use of the cooperation between public and private sector to develop the quality of the personnel.

Competency building and training for professionals is essential. It is necessary to design the training specifically for each target group i.e., physicians, nurses, physical therapists, occupational therapists, speech therapists (e.g., online training course for theory and practical training course), including rehabilitation volunteers (Rehabilitation Assistants), as well as provide a system to follow-up the use of knowledge and skills to ensure correct use after the training is completed.

Competency building and training for professionals with short-term and/or long-term training courses depends on the ability of each hospital to enable the sufficiency of the service provision. The capacity building for these personnel is aimed at improving service quality with a time limitation, in this case, a potential tertiary hospital may be used as a training center for professionals.

Support in developing seamless IMC Knowledge Management

4) Training of professionals: Increase the number of professionals

Promote an increase in the number of professionals involved in seamless care service. Although the number of government officers at the present cannot be easily increased,

encouraging to solve this problem should be done by public and private sector together, to encourage professionals to provide adequate services to service recipients.

Competency building and training for professionals is essential. In particular; there is a need to increase the production of rehabilitation professionals in higher education institutions like university, medical school, or vocational school to increase the capacity of personnel in seamless care service appropriately.

5) Training for volunteers

Volunteers play an important role in the community; therefore, it is important to develop the capacity of volunteers to be able to professionally perform rehabilitation for providing rehabilitation service to the service recipients in the community. This includes capacity building for volunteers allowing them to have knowledge about rights, well-being and social services of the service recipients. However, volunteers who work in the community should be compensated appropriately based on the characteristic of their work.

6.3 Health Information System

1) Development of integrated health information system

1)-1 Develop an integrated health information system to create efficiency in a seamless care service process. The system should consist of hospital database, national database, service recipient's referral system, reimbursement system, and health minimum data set. There should be able to supervise and manage the system as a whole at national level.

1)-2 Integrated health information system should be an easy-to-use system which can analyze and synthesize data to draw conclusions and assess the efficiency of care service provision.

1)-3 For integrated health information system, it is a must to consider confidentiality of personal data by keeping the data safe with the proper method.

1)-4 Improve integrated health information systems through the PDCA cycle to optimize the efficiency of system performance according to the situation that changes.

2) Information sharing using ICT, etc.

2)-1 Build confidence in using the information system to promote seamless care service provision to be effectively and efficiently.

2)-2 In providing seamless care services, it is needed for medical and nursing care professionals to share and exchange information, including post-treatment follow-up by using the same effective database., including sharing necessary treatment information with service recipients, relatives and families.

2)-3 From the experience of the COVID- 19situation, it can be seen that in addition to the establishment of an integrated health information system, the use of Personal Health Record (PHR) also facilitates sharing and exchanging of information between medical and nursing care professionals. It is also important to provide services through multidisciplinary cooperation.

2)-4 Promote the policies on exchanging the essential health information between medical personnel, (family) caregivers, service recipients, and their families to provide seamless care service cooperatively that effectively and efficiently

3) Utilization of Tele-health system (Tele-medicine, Tele-health, Tele-rehabilitation)

3)-1 Utilize Tele-health system so that PM&R doctor can work with multidisciplinary team in the area for treatment planning. Multidisciplinary team can also follow-up the rehabilitation program with volunteers or relatives, and the progression of service recipients who live in remote area.

4) Training with development of media, for health information usage

4)-1 Train multidisciplinary professionals to be able to use health information system effectively as well as the development of media for promoting the correct use of health information.

6.4 Access to Essential Medical Products (Medicines & Equipment) and Technologies

1) Ensure access to medical service facilities, etc.

1)-1 Focus on implementing IMC service across the country, together with providing comprehensive seamless health and social services for service recipients both during and after rehabilitation.

- Promote the provision of IMC services for all patients who are required to use the service, including expanding the scope of services to cover illnesses that require rehabilitation as well as considering the establishment of day care center in the community or specialized IMC hospitals in each health region.

2) Securing necessary medicines, medical equipment, instruments, etc.

2)-1 Medicine, medical equipment, and devices that help improve the quality of life of service recipients are required to be prepared for seamless care service.

- Set the list of drugs and equipment needed for rehabilitation service in order to provide effective and efficient care for service recipients as well as support the adoption of advanced technology.
- A management system for distributing drugs and medical equipment from tertiary care hospitals to smaller hospitals as necessary is needed.
- Establish a medical equipment lending center by a provincial rehabilitation fund
- Establish equipment rental or co-pay system to provide service recipients with access to necessary equipment thoroughly.
- Support the establishment of a service center for equipment repair at the provincial or district level to allow service recipients to access easily.
- Demonstrate or train the use of medical devices for proper use. It should also include providing a media on how to use medical devices for service recipients or their relatives to learn more by themselves.
- There is a simulation of living in the patients' home (Independent Living) for the patient to

practice living at home. This is part of supporting patients and their families to continue living in their home and community.

- In terms of supporting service recipients and their families after discharge from the hospital, cooperation outside of the hospital should be promoted, such as MSDHS, LAOs, community, and elderly clubs in the area to procure or to use necessary medical equipment for the rehabilitation service for the service recipients with the cooperation of the community.
- Encourage the production of rehabilitation equipment within the country instead of import as well as support the utilization of local wisdom or development of equipment for rehabilitation for service recipients to save the budget from importing medical equipment.

6.5 Health System Financing

1) Budgeting

1)-1 Determine the appropriate reimbursement for IMC services. It is important to clearly define inpatient and outpatient standard, and service expanding criteria. Also, cost analysis is required (perspective and retrospective) for services that meet those criteria and it should be developed from using theory base. Divided into;

- For inpatient services, DRGs that are specific to IMC services should be created and used for patients receiving intensive rehabilitation service with up to one month length of stay in the hospital.
- For outpatient services, appropriate reimbursement for rehabilitation service by a multidisciplinary team including physical therapy service, occupational therapy service, and speech therapy service should be made with an appropriate number of services and frequency at least 1-2 times per week for a period of 6 months.
- For services in community day care centers and home visits, reimbursement that support an easy access of the services in the community and home visits over a six-month period should be made, for example, reimbursement that goes directly to community day care center and be able to be reimbursed for all scheme of service recipients who receive services in the community and home visits, including, being able to pay some compensation to the rehabilitation volunteers in the area.

1)-2 All funds should be reimbursed for rehabilitation service in the same direction.

1)-3 Budgetary measures should be taken to provide appropriate care according to the service recipient's condition, as well as to provide the necessary medicines, medical supplies, equipment, and residential environment for care.

2) Securing new financial resources, etc.

2)-1 Effective and efficient budgetary support is needed not only from the central government but also from local governments through the operation of the provincial rehabilitation fund by

- Encourage the establishment of a provincial rehabilitation fund for all 77provinces, including promoting and monitoring that enable the concrete implementation as well as

allocating budgets appropriately and sufficiently to support the expansion of service at present and in the future.

- Increase the efficiency of management mechanisms and the implementation to achieve the specified goals so that it will be able to support a variety of services with flexibility, the services include supporting the establishment of day care centers in the community, community equipment warehouse, equipment repair center, home modification service, and organizing training for volunteers in rehabilitation.

2)-2 In order to provide sustainable and complete seamless care service in long term, including the service from the private sector and LAOs, creating an appropriate reimbursement system and service compensation for professionals should be considered as motivation to provide the service, including co-payment from the service recipients and other persons who is able to pay might need to be requested for some certain services.

3) Appropriate policy communication and processes to improve health expenditure efficiency and financial mechanism

3)-1 Review the service reimbursement system to be simple, not complicated, and complete both for prevention of degeneration and rehabilitation.

3)-2 Build understanding in financial mechanism by clarifying policy and IMC financial service system clearly to service units and related agencies as well as to be recognized by the people and society.

4) Others

4)-1 Develop a reimbursement inspection system to monitor the quality of services in each service for transparency which is necessary when the service fee is disbursed and reimbursed under the requirements of IMC service provision.

4)-2 Consider reimbursement for services that promote cooperative service with IMC by Thai traditional medicine and alternative medicine such as acupuncture.

6.6 Leadership and Governance

The success of seamless care service requires clear policies and goals, with measures to be taken at the central and local level.

1) Leadership and Governance at the central level

1)-1 Formulate policies and strategies based on roles and power related to seamless care of relevant ministries and agencies involved which are Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, National Health Security Office, Ministry of Interior, Ministry of Education, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation as well as the development of laws and regulations in accordance with seamless care by integrating cooperation with the Ministry of Justice.

1)-2 Establish an integrated committee to manage rehabilitation system at national level to support to set a policy and concrete measures.

2) Leadership and governance at the local level

2)-1 Establish an integrated committee to manage rehabilitation system at local level to share information and knowledge, including managing seamless care at the local level as well as being a center for coordination among various relevant parties.

2)-2 Community and local leaders need an understanding in caring for service recipients, especially in the localities that THPHs have been transferred to. It is necessary to provide appropriate and continuous services in the community in accordance with various living condition, transportation, access to the services, culture and beliefs within the community, as well as directing the local authority to pay compensation to personnel according to their workload appropriately.

6.7 People Participation

1) Cooperation among various organizations

1)-1 Promote a system of cooperation among various agencies involved in the implementation of seamless care service especially departments at the policy level, such as Ministry of Public Health, Ministry of Interior, National Health Security Office, Ministry of Social Development and Human Security, Ministry of Digital Economy and Society, Local Administrative Organizations, including the private sector and the people sector, such as Red Cross Chapters Administration Office, foundations, research institutes, as well as higher education agencies or a specific research agencies, such as HSRI, HITAP

1)-2 Promote cooperation outside the hospital, such as the MSDHS, Local Administrative Organizations, communities, elderly clubs, and volunteers in the area to support the care of the service recipients in the community

2) Promote understanding of service recipients and their families/relatives, etc. for sustainable system

2)-1 Encourage relatives and the family to understand the importance of care to allow them to participate in the care for service recipients.

2)-2 Communicate to the public about the benefits package for rehabilitation, long term care, and information about rehabilitation volunteers as well as social opportunities, and create channels for people to access this information.

7. Implementing Measures

7.1 System for implementing Seamless Health and Social Service

After the S-TOP project, MOPH, MSDHS, NHSO, and other relevant organizations will establish implementing agency (e.g., led by current working team members), to implement measures based on policy proposal. Through 2030, the period covered by the Policy Recommendation, the Thai government, with JICA, will work to further develop seamless care, centered on this implementing agency.

In each province, IMC Committee and/or S-TOP Committee, which are currently in place, shall play a central role, while aiming to realize policy recommendation in cooperation with the central government.

7.2 Roles of relevant parties with partnership and cooperation

To implement measures based on policy proposal in a comprehensive and systematic manner, it is important for the national government, local governments, research institutions, medical institutions, and businesses operations to cooperate with each other and actively work together according to their respective roles.

7.2.1 The role of relevant national government administrative organizations with partnership and cooperation

Thai government will strive to ensure consistency and promote the measures set forth in the Policy Recommendation in an integrated manner, while maintaining sufficient coordination and cooperation with MOPH, MSDHS and NHSO, which have been involved in the S-TOP project, as well as Ministry of the Interior playing a very important role in working with municipalities, National Commission on Older Persons serving as a command post for the aging population in Thailand, and other related ministries.

7.2.2 The role of local governments with partnership and cooperation

It is important for local governments to plan, formulate, and implement necessary measures for the communities concerned to create a health society and longevity, in accordance with the characteristics and actual conditions of the local economy, society, and industry, under the division of roles with the central government and the agencies of central government in the local regions.

7.2.3 The role of research institutes with partnership and cooperation

In order to realize the Policy Recommendation, it is important to continue to obtain cooperation from universities, research institutions, and other organizations for effective initiatives, performance improvement in the field, and evaluation.

In the S-TOP project, research institutions such as the Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute have joined as academic supporter. Researchers from Mahidol

University also assisted in the formulation of Policy Recommendation.

While some of the project sites have achieved success in their efforts through their own partnerships and cooperation with universities and research institutes, Thai government will continue to make efforts to promote partnerships and cooperation among them.

Also, in higher education institutions, the government will work to promote, with the cooperation of ministries in charge of education, the development of human resources to achieve seamless health and social service, as Thailand's population continues to age rapidly.

7.2.4 Partnership and cooperation with medical institutions and business operations

In order to steadily ensure seamless health and social service, it is important to implement various measures not only with medical institutions under the jurisdiction of the central government, but also with the cooperation of medical institutions under the jurisdiction of local governments and private medical institutions.

MOPH will support the Tambon Health Promotion Hospital, which is to be transferred to the local government, in cooperation with the Ministry of Interior, so that close collaboration can continue after the transfer.

In addition, the MOPH will also work with the relevant agencies to examine ways to reduce the burden on the field of funding from temples, etc., which each hospital is currently doing on its own.

7.3 Implementation of measures based on the Policy recommendation

In order to realize the various measures listed in the Policy Recommendation, the government will promote the following measures.

7.3.1 Implementing agency and necessary legislative and financial measures

In order to efficiently and effectively implement the measures listed in the Policy Recommendation and to promote the activities of relevant organizations, which are necessary for the steady promotion of these measures, the government will endeavor to take legislative, financial, and other necessary measures, while complying with the National Plan and Strategies.

The implementing agency (e.g., led by current working team members), to implement measures based on policy recommendation, will continue to share information among relevant ministries and agencies to ensure seamless health and social service. Also, the government will endeavor to take necessary measures not only to provide a series of medical, rehabilitation, and nursing services to the patients themselves, but also to improve their living environment, including their residential environment.

7.3.2 Extension of the developed model nationwide and public relations activities overseas.

The goal of the S-TOP project is “Developed models in the Project are utilized nationwide.”

Utilizing policy proposals compiled mainly by members of Drafting Team and Research Team, the Thai government will take the necessary steps to ensure that these policy proposals are implemented nationwide.

In addition, the "X"TOP project, which has been implemented since 2007 with the cooperation of JICA and focused on addressing Thailand's aging population, will end with this S-TOP project. The initiatives in Thailand are not only applicable to ASEAN countries, but also to other countries around the world. We will continue to disseminate our efforts in Thailand to the world with the cooperation of "X"TOP project members, JICA, ACAI Center, etc.

7.3.3 Implementation of PDCA by each ministry together with the implementing agency

Progress management under the PDCA cycle implemented by each ministry with KPI settings, etc., and efforts to realize Policy recommendation will be followed up while also utilizing the implementation agency forum. In the follow-up, the effectiveness and efficiency of the measures will be verified based on evidence, and if necessary, the ministries will review implementation of the measures based on the results of these verifications.

7.3.4 Project evaluation and publication

Project evaluations by joint team of JICA and Thai government are usually conducted three to five years (2025-2027) after project completion and are, in principle, made public. By that time, the project's overall goal, "Government's programs to promote the developed models are implemented at *13* sites." must be achieved.

Also, based on the results of the project evaluation, ministries shall, as necessary, review the content of Policy recommendation and consider the implementation of measures based on the review.

7.3.5 Review of policy recommendation and implementation measures based on PDCA and the project evaluation

Ministries will thoroughly implement the PDCA cycle described above, and after the project evaluation, while taking into account the results of the evaluation, will work intensively to realize the Policy recommendation by 2030, an estimated year when ageing rate of 65 years or more in Thailand becomes 19.6%, a rate *"UN"World population Ageing 2019"* surpassing 17.4% in 2000 when Japan officially launched its convalescent rehabilitation ward nationwide.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำหรับการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อ ด้านสุขภาพและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในประเทศไทย



โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (S-TOP)

รายงานฉบับสมบูรณ์ | ตุลาคม 2565

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
สำหรับการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อ
ด้านสุขภาพและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
ในประเทศไทย

สารบัญ

สรุป: ข้อเสนอเชิงนโยบายโครงการ S-TOP ..... ก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (ร่าง) 1

1. โครงร่างทั่วไป 1

1.1 ความเป็นมา 1

1.2 ความพยายามในการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ 4

1.2.1 ยุทธศาสตร์ชาติ แผนงาน ฯลฯ 4

1.2.2 โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ: S-TOP 14

1.3 ระยะเวลาที่ครอบคลุมโดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 18

2. กรอบแนวคิดการวิเคราะห์: WHO 6 เสาหลักสุขภาพ +1 18

2.1 การส่งมอบบริการ 18

2.2 บุคลากรด้านสุขภาพ 19

2.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 19

2.4 การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยา และเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี 20

2.5 กลไกการคลังด้านสุขภาพ 21

2.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล 21

2.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน 21

3. ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ S-TOP 22

3.0 บันทึกของการอภิปรายในโครงการ S-TOP 22

3.0.1 เป้าหมายโดยรวม 22

3.0.2 เป้าหมายโครงการ 22

3.0.3 กิจกรรมของผลลัพธ์ 22

3.1 รัฐบาลส่วนกลาง: ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ S-TOP (มาตรการหลัก/แนวปฏิบัติ/คู่มือ/การจัดทำ KPI) 23

3.1.1 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) 23

3.1.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) 26

3.1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 29

3.2 ผู้เชี่ยวชาญ JICA: ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ S-TOP 31

3.2.1 ผู้เชี่ยวชาญ JICA: ความริเริ่มหลักของ โครงการ S-TOP 31

4. ความคิดริเริ่มของพื้นที่นำร่องในโครงการ S-TOP.....32
4.1 เชียงใหม่ (เขตสุขภาพที่ 1).....33
4.2 กรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13).....39
4.3 จังหวัดนนทบุรี (เขตสุขภาพที่ 4).....44
4.4 จังหวัดชลบุรี (เขตสุขภาพที่ 6).....49
4.5 จังหวัดขอนแก่น (เขตสุขภาพที่ 7).....55
4.6 จังหวัดนครราชสีมา (เขตสุขภาพที่ 9).....59
4.7 สุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11).....64
4.8 จังหวัดภูเก็ต (เขตสุขภาพที่ 9).....69
5. การทำวิจัย/สำรวจ 72
5.1 แนวคิด.....72
5.2 ข้อค้นพบ/ผลการวิจัย.....74
5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....75
5.4 การสรุปผลการวิจัย.....75
6. ข้อเสนอนโยบายแก่รัฐบาลไทย.....76
7. มาตรการดำเนินการ.....86
7.1 ระบบสำหรับการดำเนินงานบริการสุขภาพและบริการสังคมที่ไร้รอยต่อ.....86
7.2 บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ.....86
7.2.1 บทบาทขององค์กรบริหารของรัฐบาลแห่งชาติที่ในการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ.....86
7.2.2 บทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ.....86
7.2.3 บทบาทของสถาบันวิจัยในการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ.....86
7.2.4 การเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือกับสถาบันทางการแพทย์และการดำเนินธุรกิจ.....87
7.3 การดำเนินมาตรการตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....87
7.3.1 หน่วยงานดำเนินการและมาตรการทางกฎหมายและการเงินที่จำเป็น.....87
7.3.2 การขยายรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาทั่วประเทศและกิจกรรมประชาสัมพันธ์ในต่างประเทศ.....87
7.3.3 การดำเนินการ PDCA ของแต่ละกระทรวงร่วมกับหน่วยงานดำเนินการ.....88
7.3.4 การประเมินและการเผยแพร่โครงการ.....88
7.3.5 การทบทวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการการดำเนินงานตาม PDCA และการประเมินโครงการ.....88

สรุป: ข้อเสนอเชิงนโยบายโครงการ S-TOP

1. ประชากรสูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังประสบกับอัตราประชากรสูงอายุที่รวดเร็วที่สุดในประเทศกำลังพัฒนาและกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้นี้ จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 มีประมาณ 12,116,199 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง, 2565)

เพื่อจัดการกับความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุนี้ รัฐบาลไทยและ JICA ได้ร่วมมือกันเพื่อดำเนินโครงการความร่วมมือทางด้านวิชาการเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2550

2. โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (Project on Seamless Health and Social Service Provision for Older: S-TOP)

2.1 โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ

"โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (Project on Seamless Health and Social Service Provision for Older: S-TOP) เปิดตัวหลังจากโครงการ CTOP* (พ.ศ. 2550-2554) และ โครงการ LTOP** (พ.ศ. 2556-2560) โดยมีระยะเวลาโครงการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงเดือนตุลาคม 2565 ตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยและ JICA

* CTOP: โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ (Project on Community Health Care and Social Welfare Model for Thai Older Persons)

** LTOP: โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงรวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (Project on Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People)

2.1.1 หน่วยงานที่ดำเนินการของรัฐบาลไทย

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1.2 พื้นที่นำร่องและพื้นที่ศักยภาพ

2.1.2.1 พื้นที่นำร่อง

เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา นนทบุรี กรุงเทพมหานคร ชลบุรี สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต

2.1.2.2 พื้นที่ศักยภาพ

เชียงราย (โรงพยาบาลขุนตาล), นครปฐม (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์)

2.1.3 เป้าหมายโดยรวมและวัตถุประสงค์

เป้าหมายโดยรวมของโครงการ คือ "รูปแบบที่พัฒนาในโครงการถูกนำไปใช้ทั่วประเทศ" และวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ "รูปแบบบริการโดยมีชุมชนเป็นฐานเพื่อการจัดบริการแบบไร้รอยต่อทั้งทางด้านการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือทางด้านสังคมและการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาและขยายการให้บริการไปทั่วประเทศ"

2.1.4 ผลลัพธ์

1) มีการระบุปัญหาที่ต้องแก้ไขในการให้บริการที่ไร้รอยต่อทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการทางสังคมและการสนับสนุนการใช้ชีวิต โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ในระดับรัฐบาลส่วนกลางและระดับพื้นที่นำร่อง
2) มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ไร้รอยต่อทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการทางสังคมและการสนับสนุนการดำรงชีวิต ในพื้นที่นำร่องจากการริเริ่มการดำเนินการที่มีอยู่
3) มีการจัดทาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผลการดำเนินการของรูปแบบในพื้นที่นำร่อง ตลอดจนความรู้และประสบการณ์ของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

2.2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในโครงการ S-TOP

โครงการ S-TOP มุ่งเน้นที่จะยกระดับระบบการส่งมอบบริการ IMC ทางโครงการมีความพยายามที่จะให้ผู้ป่วย[1]สามารถเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลและในชุมชนได้อย่างไร้รอยต่อ สำหรับการดูแลระยะเฉียบพลัน การดูแลระยะกลาง (IMC) และการดูแลระยะยาว (LTC) ดังนั้น การส่งมอบบริการการดูแลที่ไร้รอยต่อคาดว่าจะได้รับการพัฒนาในช่วงระยะเวลาโครงการ นั่นคือ รูปแบบที่มีการพัฒนาขึ้น

3. ข้อเสนอนโยบายแก่รัฐบาลไทยและระยะเวลาที่ครอบคลุมโดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1 ข้อเสนอนโยบายแก่รัฐบาลไทย

3.1.1 การส่งมอบบริการด้านสุขภาพ

1) การกำหนดมาตรฐานการให้บริการ: บริการการดูแลที่ไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (ผู้ป่วยใน (IPD), ผู้ป่วยนอก (OPD), ผู้ป่วยในชุมชน (Outreach), ระบบการแพทย์ทางไกล (Tele-health)), กลุ่มโรคเพิ่มเติมสำหรับ IMC, หอผู้ป่วย/เตียงฟื้นฟู (IMC) มีระยะเวลาวันนอนอย่างน้อย 1 เดือน ฯลฯ
2) การบริหารจัดการระบบบริการ: ผู้จัดการการดูแล IMC (IMC Manager) ระบบส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการ[2]
3) การสร้างระบบความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนบริการ
4) การสร้างความรับรู้และความตระหนักรู้ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน

3.1.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

1) แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร: ความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ, เทคโนโลยี, การจัดจ้างภายนอก ฯลฯ
2) การกำหนดลักษณะงาน ตำแหน่งงาน และจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม
3) การฝึกอบรมสำหรับวิชาชีพต่าง ๆ: พัฒนาศักยภาพ
4) การฝึกอบรมสำหรับวิชาชีพต่าง ๆ: เพิ่มจำนวนวิชาชีพต่าง ๆ
5) การฝึกอบรมสำหรับอาสาสมัคร

[1] ผู้ป่วย : บุคคลผู้ได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ในระยะวิกฤตและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะ IMC

[2] ผู้รับบริการ: จะเป็นผู้ป่วยตามนิยามหรือไม่ก็ได้เป็นผู้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการในการดูแลระยะยาวและการดูแลในชุมชน

3.1.3 ระบบสารสนเทศสุขภาพ

1) การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพแบบบูรณาการ: ฐานข้อมูลในโรงพยาบาล ฐานข้อมูลรวมของประเทศ ระบบส่งต่อผู้ป่วย และชุดข้อมูลสุขภาพมาตรฐาน

2) การแบ่งปันข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และอื่น ๆ

3) การฝึกอบรม/พัฒนาสื่อสำหรับการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ

3.1.4 การเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และเทคโนโลยี

1) การสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงหน่วยบริการทางการแพทย์

2) การจัดเตรียมยา อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น, การสนับสนุนอุปกรณ์และบริการซ่อมอุปกรณ์, บริการปรับสภาพบ้าน ฯลฯ

3.1.5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกลไกการคลังด้านสุขภาพ

1) การจ่ายชดเชยค่าบริการที่เหมาะสมในการดูแลระยะกลาง (เช่น DRG เฉพาะสำหรับ IPD สูงสุด 1 เดือน ฯลฯ)

2) การจัดหาแหล่งเงินทุนใหม่: การจ่ายชดเชยที่เหมาะสมกับการให้บริการของภาคเอกชนและ อปท. ฯลฯ

3) การสื่อสารนโยบายและกระบวนการพัฒนาประสิทธิภาพค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและกลไกการคลังที่เหมาะสม: ขั้นตอนง่าย ๆ และมีความโปร่งใส ฯลฯ

3.1.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

1) การจัดตั้งระบบภายใต้ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในระดับส่วนกลาง: คณะกรรมการบูรณาการ ฯลฯ

2) การจัดตั้งระบบภายใต้ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในระดับท้องถิ่น: คณะกรรมการบูรณาการ ฯลฯ

3.1.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

1) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ชุมชน และอาสาสมัคร

2) การส่งเสริมความเข้าใจของผู้รับบริการ ครอบครัว และญาติ

3.2 ระยะเวลาที่ครอบคลุมโดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระยะเวลาที่ครอบคลุมโดยข้อเสนอแนะนโยบาย: พ.ศ. 2566-2573

- ระยะเวลาของความพยายามอย่างเข้มข้น: พ.ศ. 2566-2568
- ระยะเวลาของความพยายามอย่างต่อเนื่อง: พ.ศ. 2569-2573

4. ข้อเสนอนโยบายพร้อมด้วยแผนปฏิบัติการและคณะกรรมการบูรณาการสำการดำเนินงาน

4.1 ข้อเสนอนโยบายที่จะดำเนินการในช่วงระยะเวลาพยายามอย่างเข้มข้น: พ.ศ. 2566-2568

4.1.1 ข้อเสนอนโยบายที่จะดำเนินการในช่วงระยะเวลาพยายามอย่างเข้มข้น: พ.ศ. 2566-2568

1) การกำหนดให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นมาตรฐานบริการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย [การส่งมอบบริการด้านสุขภาพ, ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล]

2) การจัดทำแนวทางการดูแลรักษา (Clinical Practice Guideline: CPG) ที่ได้มาตรฐานและนำไปปฏิบัติได้ [การส่งมอบบริการด้านสุขภาพ]

3) การสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล หน่วยงานท้องถิ่น และสถาบัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน [การมีส่วนร่วมของประชาชน]

4) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและทั่วถึง [การส่งมอบบริการด้านสุขภาพ]

5) การจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสม [กำลังคนด้านสุขภาพ]

6) การจัดลำดับความสำคัญของการเข้ารับบริการตามระดับอาการของผู้ป่วย [การส่งมอบบริการด้านสุขภาพ]

7) การฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ [กำลังคนด้านสุขภาพ]

8) การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ใช้งานง่ายและมีประสิทธิภาพ [ระบบสารสนเทศสุขภาพ]

9) การส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงสถานบริการทั้งที่เป็นโรงพยาบาล และศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน (Day care center) [การเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และเทคโนโลยี]

10) การกระจายงบประมาณ และจ่ายค่าชดเชยการให้บริการอย่างเหมาะสม [ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกลไกการคลังด้านสุขภาพ]

4.1.2 แผนปฏิบัติการในช่วงระยะเวลาพยายามอย่างเข้มข้น พ.ศ. 2566-2568

4.1.2.1 แผนปฏิบัติการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1) การกำหนดให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นมาตรฐานบริการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย

2) การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและนำไปปฏิบัติได้

3) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและทั่วถึง

4) การจัดลำดับความสำคัญของการเข้ารับบริการตามระดับอาการของผู้ป่วย

5) การจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสม

6) การฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

7) การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ใช้งานง่ายและมีประสิทธิภาพ

8) การส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงสถานบริการทั้งที่เป็นโรงพยาบาล และศูนย์ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

9) การกระจายงบประมาณและจ่ายชดเชยค่าบริการอย่างเหมาะสม

10) การสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล หน่วยงานท้องถิ่น และสถาบัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

4.1.2.2 แผนปฏิบัติการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

1) การอบรมผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (วิชาชีพและอาสาสมัคร)

2) การเชื่อมข้อมูลและใช้งาน Platform บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) การปรับปรุงกรอบอัตรากำลังผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4) การจัดตั้งศูนย์ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข

5) การพัฒนาระเบียบ/กฎหมาย การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น

4.1.2.3 แผนปฏิบัติการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

1) การจัดตั้งโรงพยาบาลฟื้นฟูฯ ระดับเขตสุขภาพ

2) ปรับปรุงระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการ

3) ลงทุนด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

4.1.3 แผนปฏิบัติการหลังจากระยะเวลาของความพยายามอย่างเข้มข้น (พ.ศ.2566-2568)

จากผลการประเมินโครงการ กระทรวงต่าง ๆ จะต้องทบทวนเนื้อหาของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและพิจารณาการดำเนินมาตรการและกำหนดแผนปฏิบัติการต่อไป

4.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตามข้อเสนอนโยบาย (Policy proposal): คณะกรรมการบูรณาการ

คณะกรรมการบูรณาการระดับชาติ* และระดับท้องถิ่น

*กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม กระทรวงแรงงาน ฯลฯ

5. การประเมินผลโครงการ

5.1 ตัวชี้วัดของการประเมินโครงการ S-TOP

- โครงการของรัฐบาลเพื่อส่งเสริมรูปแบบที่พัฒนาแล้วจะดำเนินการที่ 13 พื้นที่ (13 เขตสุขภาพ)

5.2 ตัวชี้วัดอื่น ๆ สำหรับการประเมินความคืบหน้า

- ร้อยละของผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคเป้าหมายที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน (IPD) ผู้ป่วยนอก (OPD), ในชุมชนและการเยี่ยมบ้าน) ครบ 6 เดือนและมี BI ดีขึ้น

6. การศึกษาเพิ่มเติม

- การวิเคราะห์ต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- การศึกษารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
- การศึกษาฐานข้อมูลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น
- การพัฒนาหลักสูตรการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ (อาสาสมัคร)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (ร่าง)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของโครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ
Project on Seamless Health and Social Service Provision for Elderly Persons (S-TOP)

1. โครงร่างทั่วไป

1.1 ความเป็นมา

1.1.1 ประชากรสูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังประสบกับอัตราประชากรสูงอายุที่รวดเร็วที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 มีประมาณ 12,116,199 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง, 2565) ซึ่งช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงที่มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของจำนวนผู้สูงอายุ

ตามรายงานของ United Nations World Population Aging (United Nations World Population Aging , 2021) สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) คือ สังคมที่ประกอบด้วยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) คือ สังคมที่ประกอบด้วยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลข้างต้น ประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้นี้ การสนับสนุนจากรัฐบาลหรือครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ครอบครัว คือการสนับสนุนหลักสำหรับผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนรอง โดยในด้านเศรษฐกิจ รัฐบาลจะมีหน้าที่จ่ายเงินบำนาญรายเดือน ส่วนในด้านสังคมและสุขภาพ มีการจัดบริการสุขภาพ 4 มิติและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รัฐบาลกำหนดให้ประเด็นผู้สูงอายุเป็นประเด็นระดับชาติ เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รัฐบาลจึงได้ออกกฎหมายและนโยบายเพื่อสนับสนุนความอยู่ดีมีสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ไม่เพียงแต่เพื่อการรักษาทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการบำบัดทางจิตใจด้วย

รัฐบาลใช้ความพยายามอย่างมากในการรณรงค์เรื่องประกันสังคม “ตั้งแต่เกิดจนตาย” เพื่อให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต สวัสดิการขั้นพื้นฐานที่ได้รับ เช่น การคลอดบุตร การศึกษา การบริการทางการแพทย์และสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพ และค่าทำศพ ซึ่งดูแลโดยหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และไม่มีค่าใช้จ่าย ด้วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจึงไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลมากนัก

อย่างไรก็ตาม โครงสร้างทางประชากรศาสตร์เปลี่ยนจากโครงสร้างประชากรอายุน้อยไปเป็นผู้สูงอายุ บ่งบอกว่าประเทศไทยจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม ค่ารักษาพยาบาล และความเท่าเทียมระหว่างรุ่นในอนาคตอันใกล้

1.1.2 ความสำเร็จของระบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

ระบบประกันสังคมในประเทศไทยได้รับการพัฒนาครั้งแรกในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 (พ.ศ. 2453–2468) สมัยนั้นระบบจะเน้นการควบคุมโรคติดเชื้อ แหล่งน้ำที่ถูกสุขอนามัย และการขยายบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท โดยหน่วยเคลื่อนที่และมหาวิทยาลัยบริการสุขภาพ เพื่อผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ รัฐบาลไทยได้ประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเมื่อต้นปี พ.ศ. 2513 เพื่อวางรากฐานที่สำคัญของการสาธารณสุข เช่น แผนการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ (พ.ศ. 2513) การส่งเสริมภูมิคุ้มกัน (พ.ศ. 2519)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 มีนโยบายให้สร้างโรงพยาบาลอำเภอในทุกอำเภอ (พ.ศ. 2533) ตามด้วยการสร้างสถานีอนามัยในทุกตำบล (พ.ศ. 2543-2553) และต่อมาได้เปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการพิเศษสำหรับนักเรียนในชนบทเพื่อสมัครเข้าเรียนในโรงเรียนแพทย์และพยาบาล โดยมีเงื่อนไขว่าต้องทำงานที่บ้านเกิดหลังจากสำเร็จการศึกษา กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มขีดความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพด้วยการพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล และวิทยาลัยการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

ประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2518 สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและต่อมาได้ขยายไปสู่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ถือว่าประสบความสำเร็จอย่างมากในการสร้างความมั่นใจในการบริการทางการแพทย์และสุขภาพสำหรับคนที่ขัดสน เพราะจะไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูง สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2523 เพื่อสวัสดิการทางการแพทย์ของข้าราชการ พนักงานประจำ และครอบครัวภายใต้วิธีการจ่ายตามบริการจริงที่ให้ (fee-for-service) แผนงานนี้ได้รับงบประมาณจากกรมบัญชีกลาง ต่อมาในปี พ.ศ. 2526 เพื่อบรรเทาภาระค่ารักษาพยาบาลและอุดช่องว่างค่ารักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อย กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการบัตรประกันสุขภาพสำหรับสมาชิก 5 รายต่อบัตร 1 ใบ ราคา 500 บาทต่อปี ซึ่งประชาชนต้องจ่ายเอง ส่งผลให้ไม่เป็นที่นิยมและโครงการได้ถูกยกเลิก ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 ได้ออกพระราชบัญญัติประกันสังคมสำหรับลูกจ้างในองค์กรเอกชนครอบคลุมผลประโยชน์ 7 ประการ คือ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ เสียชีวิต คลอดบุตร เลี้ยงดูบุตร เกษียณอายุ ว่างงาน ซึ่งจ่ายโดยสามฝ่าย ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล (สำนักงานประกันสังคม) โครงการนี้ประสบความสำเร็จอย่างมากเนื่องจากมีบริษัทและองค์กรเอกชนจำนวนมากที่ลงทะเบียนในโครงการนี้ และที่สำคัญกว่านั้น พนักงานเอกชนรู้สึกว่าพวกเขาได้รับการประกันและสำรองไว้สำหรับการบริการทางสุขภาพและการแพทย์ของพวกเขา ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มใช้ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 เพื่อเติมเต็มช่องว่างของความไม่เท่าเทียมกันในการบริการสุขภาพ ด้วยโครงการนี้ ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองในบริการทางการแพทย์ภายใต้โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” สำหรับการใช้บริการ OPD หรือ IPD หนึ่งครั้ง ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างยิ่งใหญ่ในประเทศไทยเพราะทุกคนสามารถรับบริการทางการแพทย์ได้ในราคาเพียง 30 บาท นับเป็นความสำเร็จครั้งแรกในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ที่วางรากฐานการประกันสังคมและความมั่นคงให้กับประชาชนในด้านการแพทย์และสุขภาพ ประชาชนไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล ประชาชนทุกคนจึงสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่มีภาระทางการเงิน

1.1.3 ข้อเสนอของ WHO เรื่องอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวถึงชีวิตที่มีสุขภาพดีในประเทศไทยว่า โรคไม่ติดต่อ (NCD) โดยเฉพาะโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และโรคปอดเรื้อรัง เป็นโรคที่เกิดขึ้นมากในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีที่ 68.3 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตอันเนื่องมาจากการพัฒนาระบบสุขภาพประจำชาติเพื่อรับมือกับโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงของรัฐบาลไทย อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของเพศหญิงสำหรับประเทศไทยนั้นมากกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยเพศหญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีที่ 70.6 ปี ในขณะที่เพศชายที่ 65.9 ปี เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างเป็นอันตราย และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนไทย คือ 77.2 ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 59.4 ปี ในปี 2513 โดยมีอัตราการเติบโต 0.54%

1.1.4 โครงการ JICA: CTOP, LTOP

รัฐบาลไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ขอความช่วยเหลือจาก JICA ในการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ (Project on Community Health Care and Social Welfare Model for Thai Older Persons: CTOP) (พ.ศ. 2550-2554) เพื่อพัฒนาบริการรูปแบบใหม่ของการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน โครงการ CTOP มีวัตถุประสงค์เพื่อให้รูปแบบการดูแลโดยชุมชนสำหรับการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และพบว่ามีสมาชิกชุมชนจำนวนมากที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อลดภาระของครอบครัว

หลังจากความสำเร็จของโครงการ CTOP รัฐบาลไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำบันทึกการหารือ (Record of Discussion: RD) ร่วมกับ JICA สำหรับ โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงรวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (Project on Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People: LTOP) (พ.ศ. 2556-2560) เพื่อสร้างความตระหนักถึงสังคมผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุแก่สาธารณะ เพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกันในประเด็นเรื่องผู้สูงอายุระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง และ เพื่อเตรียมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ปัญหาการสูงวัยในอาเซียนเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับประชาคมอาเซียน โครงการ LTOP มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการแบบใหม่ในประเทศไทยเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ติดบ้านหรือติดเตียง และต้องการการดูแลระยะยาวในระดับชุมชน ผู้ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันเนื่องจากโรคเรื้อรัง และช่วยลดภาระของครอบครัว โครงการ LTOP ได้พัฒนาบุคลากรด้านการจัดการการดูแล เผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับรูปแบบการบริการต้นแบบและการกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการ LTOP ดำเนินการเป็นเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 โครงการ LTOP ได้สร้างรูปแบบการบริการต้นแบบขึ้นในพื้นที่นำร่องทั้ง 6 แห่ง เพื่อปรับปรุงคุณภาพทั้งการดูแลระยะยาวและชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในประเด็นเรื่องการสูงวัย พร้อมเป็นศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศอาเซียนก่อนประชาคมอาเซียนครั้งถัดไป

1.1.5 การดำเนินโครงการ S-TOP

เนื่องด้วยอัตราผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบันใกล้เคียงกับประเทศญี่ปุ่นในช่วงทศวรรษ 1990 โดยในประเทศญี่ปุ่นในช่วงทศวรรษ 1990 “แผนทอง” (Gold Plan) (ยุทธศาสตร์สิบปีเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ) ถูกจัดทำขึ้นในปี 1989 และ “แผนทองใหม่” (New Gold Plan) (ยุทธศาสตร์สิบปีฉบับใหม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ) ได้มีการแก้ไขและจัดทำขึ้นในปี 1994 มีการส่งเสริมสวัสดิการการดูแลที่บ้านและสถานบริบาล โดยมีเป้าหมายเชิงตัวเลข ในขณะเดียวกันเทศบาลและจังหวัดต่าง ๆ ก็จำเป็นต้องจัดทำ “แผนสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ” (Geriatric health and welfare plan) และมีการจัดตั้งระบบขึ้นเพื่อให้เทศบาลสามารถให้บริการที่บ้านและสถานบริการแบบบูรณาการและเป็นระบบ นอกจากนี้ “ระบบประกันการดูแลระยาว” ถูกก่อตั้งขึ้นในปี 1997 (และมีผลบังคับใช้ในปี 2000) เพื่อเป็นกลไกให้ประชาชนทุกคนสนับสนุนประเด็นปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เนื่องจากการดูแลของครอบครัวได้ลดลงซึ่งเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตของครอบครัวเดี่ยวและการดูแลผู้สูงอายุได้กลายเป็นภาระทางร่างกายและจิตใจอย่างมากสำหรับครอบครัว ซึ่งเป็นช่วงที่ญี่ปุ่นกำลังเตรียมระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยแบ่งออกเป็นระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นตัว และระยะเรื้อรัง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเรื้อรังจัดอยู่ในประบบประกันการดูแลระยะยาว ในขณะที่บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะฟื้นตัวจัดอยู่ในระบบประกันสุขภาพ

โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ (Project on Seamless Health and Social Service Provision for Older: S-TOP) เปิดตัวในปี พ.ศ. 2560 ต่อยอดตามความสำเร็จของโครงการ LTOP โครงการ S-TOP มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบบริการที่ให้บริการที่ไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงระยะเรื้อรังผ่านการดูแลระยะกลาง (IMC) สำหรับผู้สูงอายุ มีพื้นที่นำร่อง 8 แห่งและพื้นที่ที่มีศักยภาพ 2 แห่งในโครงการนี้ เป็นโครงการระยะเวลาห้าปีและจะแล้วเสร็จในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยหน่วยงานที่ดำเนินการของรัฐบาลไทยได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีวัตถุประสงค์โครงการเพื่อพัฒนารูปแบบบริการโดยมีชุมชนเป็นฐานเพื่อการจัดบริการแบบไร้รอยต่อทั้งทางด้านการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือทางด้านสังคมและการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาและขยายการให้บริการไปทั่วประเทศ โดยการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามผลการดำเนินงานของรูปแบบการให้บริการในพื้นที่นำร่องตลอดจนความรู้และประสบการณ์ของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

1.2 ความพยายามในการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ

1.2.1 ยุทธศาสตร์ชาติ แผนงาน ฯลฯ

1) ยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ

- ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)

ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561-2580) แบ่งเป็น 4 ยุทธศาสตร์ 16 แผนงาน 48

โครงการ ยุทธศาสตร์แรก คือ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ซึ่งมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการจัดทำมาตรการป้องกันโรคภัยและภัยสุขภาพ ให้ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มุ่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนาระบบบริการสุขภาพจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ และเป็นศูนย์สุขภาพระดับสากลและเขตเศรษฐกิจพิเศษ ยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อวางแผนสำหรับค่าเทียบเท่าพนักงานเต็มเวลา (Full-time equivalent: FTE) เพื่อผลิตและพัฒนากำลังคน เพื่อพัฒนาประสิทธิผลของการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาเครือข่ายประชาชนและองค์กรภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ซึ่งมุ่งหวังที่จะเป็นเลิศในระบบข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อเป็นเลิศในระบบประกันสังคม มียาและอุปกรณ์รักษาความปลอดภัยและคุ้มครองผู้บริโภค และมีธรรมาภิบาลที่เป็นเลิศ

- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มีประเด็นบูรณาการ 20 ประเด็น ในการแก้ปัญหาพื้นฐาน ~~ได้แก่~~ เช่น การส่งเสริมวิทยาศาสตร์ขั้นสูง เทคโนโลยี และการพัฒนานวัตกรรม ซึ่งเน้นการวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และการบริการด้านสุขภาพ การเตรียมกำลังคน และการเพิ่มขีดความสามารถของคนทุกวัย ความรู้และทักษะของคนไทยในการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสังคมที่เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ การฟื้นฟูความมั่นคงขั้นพื้นฐานเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 มีแผนที่จะดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566-2570 แบ่งประเด็นสำคัญเป็น 5 ข้อ ได้แก่ 1) การปรับโครงสร้างการผลิตให้เป็นเศรษฐกิจบนพื้นฐานของนวัตกรรมที่สอดคล้องกับแนวโน้มของเทคโนโลยีและการค้าโลก ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับแนวโน้มเทคโนโลยีและการค้าโลก ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม 2) การพัฒนาคน/ทรัพยากรมนุษย์ให้มีความสามารถและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับโลกใหม่ ครอบคลุมการสร้างทักษะที่จำเป็นสำหรับศตวรรษที่ 21 ตลอดจนยกระดับโรงเรียนและครูให้เป็นอาชีพที่สูงขึ้น 3) การสร้างสังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม ซึ่งหมายถึงการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเพิ่มสวัสดิการให้กับประชาชน และเพื่อให้ผู้ด้อยโอกาสได้รับการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน 4) การสร้างความยั่งยืนให้กับประเทศ โดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศ การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม และสร้างความเข้มแข็งให้กับอุตสาหกรรมและเศรษฐกิจสีเขียว 5) เตรียมประเทศให้พร้อมรับมือกับความเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงในบริบทโลกใหม่ แผนจะพิจารณาการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งทั่วประเทศ และยกระดับบริการภาครัฐด้วยระบบดิจิทัลในทุกมิติ

2) ยุทธศาสตร์ชาติสำหรับผู้สูงอายุ

- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กล่าวว่า ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ตามมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

(1) การบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษ

(2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

(5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

(6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

(7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

(8) ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง

(9) ด้านการให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี

(10) การจัดที่พักอาศัยอาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(11) การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

(13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

นอกจากสิทธิผู้สูงอายุทั้ง 13 อนุมาตราแล้ว ยังมีสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 13 กองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายในการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมและการให้บริการ 2 ประเภท ได้แก่ 1) การให้บริการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ ประเภทรายบุคคล วงเงินไม่เกินคนละ 30,000 บาท และประเภทรายกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 5 คน วงเงินไม่เกินกลุ่มละ 100,000 บาท โดยต้องแบ่งชำระคืนเป็นรายงวด ภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยไม่มีดอกเบี้ย 2) การสนับสนุนเงินอุดหนุนโครงการให้กับองค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับด้านผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นโครงการขนาดเล็ก ในวงเงินไม่เกิน 50,000 บาท โครงการขนาดกลางวงเงินไม่เกิน 50,000 – 300,000 บาท และโครงการขนาดใหญ่ วงเงิน 300,000 บาท ขึ้นไป ทั้งนี้ โครงการดังกล่าวจะต้องมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการศึกษา เฝ้าระวังเกื้อกูลทางสังคม ส่งเสริมการอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาผู้สูงอายุ การส่งเสริมทางด้านสุขภาพและนันทนาการ การฝึกอบรมทักษะอาชีพ การ

เสริมสร้างพัฒนาเครือข่าย การศึกษาวิจัย และการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ

- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

ประเทศไทยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 - 2544) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 เป็นแผนหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งมิติสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และสภาพแวดล้อม และเมื่อวันที่ 17 พ.ค. 65 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) ที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมและการระดมความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันจัดทำร่างแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 ซึ่งมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และการเพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย

- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553 โดยแผนดังกล่าวได้ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” โดยมีวิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการ คือ (1) หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ (2) การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต (3) การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการ คือ (1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และ ดูแลตนเองเบื้องต้น (2) ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (3) ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ (4) สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (5) ส่งเสริมสนับสนุนสื่อ ทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ (6) ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการ คือ (1) คุ้มครองด้านรายได้ (2) หลักประกันด้านสุขภาพ (3) ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง (4) ระบบบริการและเครือข่าย การเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการ คือ (1) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางาน ด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ (2) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 มาตรการ คือ (1) สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการ หรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ แก่ผู้สูงอายุ (2) ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง (3) พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 เดิมชื่อแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ซึ่งเป็นแผนแม่บทระยะยาวที่ใช้เป็นกรอบทิศทางในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยแผนดังกล่าวมีลักษณะเป็นยุทธศาสตร์ ซึ่งกำหนดมาตรการต่าง ๆ ไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดดัชนีและค่าเป้าหมายของแต่ละมาตรการ รวมทั้งระยะเวลาที่เป้าหมายนั้นควรสัมฤทธิ์ผล โดยแผนดังกล่าวมีลักษณะเป็นแผนแม่บทรวมของชาติ ไม่ใช่แผนของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่หน่วยงานต่าง ๆ จะต้องพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับแผนแม่บทฉบับนี้

แนวคิดพื้นฐานของแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 โดยมีปรัชญา ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด โดยมีวิสัยทัศน์ คือ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” และวัตถุประสงค์ (1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง (2) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม และส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด (3) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัวและชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐและเอกชน ตระหนัก และมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ (5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2

- แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580)

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 – 2580) ซึ่งผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2565 ซึ่งจะเริ่มประกาศใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (วันที่ 1 ตุลาคม 2565) เพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยระยะยาว โดยแผนดังกล่าวเป็นแผนระดับชาติในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ซึ่งมีการกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการ เป้าหมาย และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งได้มีการกำหนดให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุก ๆ ระยะ 5 ปีของแผน เพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน และเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งสอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ และแผนแม่บท อันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนในทุกระดับ และนำไปสู่การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัย ของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีบูรณาการ โดยแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 มีวิสัยทัศน์ คือ “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม”ประกอบด้วย 4 แผนปฏิบัติการย่อย ดังนี้

(1) แผนปฏิบัติการย่อยที่ 1 เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

(2) แผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(3) แผนปฏิบัติการย่อยที่ 3 ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

(4) แผนปฏิบัติการย่อยที่ 4 เพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย

มาตรการที่สำคัญในการขับเคลื่อน

(1) การเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนวัยสูงอายุ ส่งเสริมและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านในมิติ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อม อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(2) การปฏิรูปและการบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

(3) การพัฒนาระบบการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

(4) การพัฒนาระบบป้องกันและฟื้นฟูผู้สูงอายุและครอบครัวในยามนานาวิกฤติ

(5) การส่งเสริมการพัฒนาความรู้และศักยภาพ รู้เท่าทันจากสื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) เป็นแผนพลวัต กล่าวคือ ต้องมีการปรับแผนเป็นระยะอย่างน้อยทุก 5 ปี ให้สอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม เทคโนโลยีและนวัตกรรม รวมทั้งมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โดยมีกรมกิจการผู้สูงอายุเป็นศูนย์รวมข้อมูลผลการดำเนินงานรายปีในภาพรวม เพื่อติดตามและประเมินผล

แผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

แผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยได้บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ โดยเริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 - ปัจจุบัน โดยในปี 2565 มีการบูรณาการร่วมกัน จำนวน 6 กระทรวง 17 หน่วยงาน และในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 6 กระทรวง 15 หน่วยงาน

มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ

มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ 1) ขับเคลื่อนมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ อย่างเป็นระบบ 2) บูรณาการการทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งประเทศ ทั้งระดับนโยบาย หน่วยงาน และพื้นที่ และ 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามมาตรการภายใต้ระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ ทั้งประเทศอย่างเป็นระบบ และเพื่อให้ผู้สูงอายุไทยเป็นพลวัฒิพลัง (Active Aging) มีสุขภาวะที่ดี มีความมั่นคงในชีวิต และมีส่วนร่วมเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคมด้วยมาตรการหลัก 2 มาตรการ ดังนี้ 1) มาตรการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนทุกวัย และ 2) มาตรการการยกระดับขีดความสามารถสู่การบริหารจัดการภาครัฐ 4.0

มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน 4 มิติ

มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน 4 มิติ (เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม) เป็นการเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่คนไทยกำลังมีอายุยืนยาวขึ้นเรื่อย ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวางมาตรการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนทั้งระบบในทุกมิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคมโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสนับสนุนการขับเคลื่อนงานทุกมิติ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมให้ประชากรไทยมีความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพควบคู่ไปกับการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงความเป็นพลวัฒิพลัง (Active Ageing) ยาวนานที่สุด สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในทุกมิติ และร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศให้เจริญก้าวหน้า

1. มิติเศรษฐกิจ

1) การบูรณาการระบบบำนาญ และระบบการออมเพื่อยามสูงอายุ และการปฏิรูประบบการเงินการคลังที่เหมาะสมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย
2) การส่งเสริมและสนับสนุนประชากรวัยทำงานกลุ่มลูกจ้างในการเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่การใช้ชีวิตยามสูงอายุ
3) การส่งเสริมและสนับสนุนประชากรวัยทำงานกลุ่มที่ไม่ใช่ลูกจ้างในการเตรียมความพร้อมเพื่อการ

เข้าสู่การใช้ชีวิตยามสูงอายุ

4) การขยายอายุการทำงาน

5) การสนับสนุนและสร้างระบบการออมทั้งแบบถ้วนหน้าและสมัครใจผ่านกลไกต่าง ๆ เพื่อรองรับความต้องการในวัยชรา

6) การสนับสนุนการเพิ่มพูนทักษะและอาชีพทางเลือกในวัยทำงานเพื่อใช้ประโยชน์ในยามสูงอายุ

7) การกระจายแหล่งการจ้างงานให้อยู่ใกล้ชุมชนชนบท

8) การจูงใจให้คนต่างชาติที่มีคุณภาพและต้องการทำงานในประเทศไทยอย่างถาวรได้มีโอกาสทำงานและพำนักในประเทศไทย

2. มิติสภาพแวดล้อม

การปรับปรุงกฎกระทรวงให้มีผลใช้บังคับให้สอดคล้อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวน 3 ฉบับ ดังนี้

1) กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548

2) กฎกระทรวงกำหนดลักษณะ หรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคาร สถานที่ หรือบริการสาธารณะอื่น เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ พ.ศ. 2555

3) กฎกระทรวงกำหนดลักษณะ หรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ และบริการขนส่ง เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ พ.ศ. 2556

3. มิติสุขภาพ

1) บูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการ (Operation Unit) ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร

2) การยกระดับผู้บริบาลอาชีพ Formal (Paid) Care Giver

3) การจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพทุกอำเภอควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

4. มิติสังคม

1) เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบูรณาการและขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติ และพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละท้องถิ่น

2) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ “บวร วชร” (บ้าน วัด โรงเรียน วิสาหกิจเพื่อสังคม ชมรม โรงพยาบาล) ในการรองรับสังคมสูงวัยในชุมชน

3) การกำหนดให้มี “ผู้พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ”

4) การส่งเสริมผู้ที่มีความพร้อมให้มีบุตรและชะลอการตั้งครรภ์ของผู้ที่ไม่พร้อม

ทั้งนี้ บทบาทของเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ มีดังนี้

1) ด้านเศรษฐกิจ : การจัดทำบัญชีนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (Assistive Devices)

2) ด้านสภาพแวดล้อม : การออกระเบียบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินภารกิจด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

3) ด้านสุขภาพ : การส่งเสริมให้มีระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4) ด้านสังคม : การสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะการทำงานและทักษะชีวิต และปรับปรุงกฎหมายให้สามารถนำเงินจากกองทุนที่สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อใช้ประโยชน์รองรับสังคมสูงวัย

3) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

- แนวคิดทั่วไป: การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นยุทธศาสตร์และมาตรการสำหรับผู้สูงอายุจึงมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและมีพฤฒพลัง เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กระทรวงสาธารณสุขได้คิดคำขวัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพแข็งแรง “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” และได้แจกจ่ายภารกิจให้แต่ละหน่วยงานตามภารกิจ

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพบว่ามีความชุกของการเกิดโรคเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังมีไม่มากนัก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาแผนการให้บริการ สาขาการดูแลระยะกลาง (Service Plan for Intermediate Care) เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน 3 กลุ่มโรคได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคสมองอักเสบ (Traumatic Brain Injury: TBI) และ โรคไขสันหลังอักเสบ (Spinal Cord Injury : SCI) โดยเป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับภายในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งในแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในชุมชนและการเยี่ยมบ้านภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังพ้นระยะวิกฤติ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการได้และพัฒนาความสามาถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จนสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงาน และใช้ชีวิตในสังคมได้ และวัตถุประสงค์รองคือ ลดความแออัดของผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และเพิ่มอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลันได้พัฒนาตามหลักการพัฒนาระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO : Six Building Blocks) โดยมีการพัฒนาดังนี้ 1) ด้านระบบบริการ (Service Delivery) โดยการกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่าย-ลูกข่ายในพื้นที่ตามรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์

เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นัก/ช่างกายอุปกรณ์ พยาบาลฟื้นฟูสภาพ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร นักจิตวิทยา และเภสัชกร 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร โดยการตรวจสอบระบบข้อมูลภายในพื้นที่วางแผนเพื่อให้เกิดระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบ IMC ในระยะต่าง ๆ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการฟื้นฟูสมรถภาพผู้ป่วยตามระดับโรงพยาบาล 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยการพิจารณาระบบการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนให้เกิดบริการฟื้นฟูในรูปแบบต่าง ๆ ในสถานพยาบาลทุกระดับ และ 6) ภาวะผู้นำตามหลักธรรมาภิบาล โดยการจัดตั้งคณะทำงานในพื้นที่โดยฟังเสียงจากส่วนรวม

4) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

- แนวคิดทั่วไป: มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ในฐานะเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้สูงอายุและรับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม ศักยภาพ คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีวิสัยทัศน์ คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกัน เป็นพลังของสังคม และมีพันธกิจในการผลักดัน นโยบาย มาตรการ กลไก เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรในการขับเคลื่อนทางสังคม พัฒนาศักยภาพ และเตรียมความพร้อมประชากรรองรับสังคมสูงอายุ และคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุน และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ให้เข้าถึงระบบสวัสดิการสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมถึงพัฒนาองค์กร และทรัพยากรการบริหารงาน องค์ความรู้เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ มีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบงานด้านสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อสภาพการณ์ทางสังคม กระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกและระหว่างประเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

- แผนงาน/รายงาน:

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ได้กำหนดแผนงานที่ตอบโจทย์การส่งเสริม สนับสนุน คุ้มครอง และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีหลักประกันทางสังคม โดยดำเนินการ ดังนี้

1) แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
   - ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1,798 คน
   - พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการเรียนรู้ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 22,246 คน
   - สงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก จำนวน 12,550 ราย
   - สนับสนุนค่าจัดการศพผู้สูงอายุตาม- ประเพณี จำนวน 69,713 ราย

2) แผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

- สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงอายุ จำนวน 22,204 คน
- พัฒนาศักยภาพ อพม. เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3,066 คน โดยผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำนวน 45,990 คน
- ธนาคารเวลาของประเทศไทย ผู้สูงอายุได้รับการดูแล 1,478 คน
- ปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย จำนวน 7,700 แห่ง

5) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

- แนวคิดทั่วไป:

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565) เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนไทยอาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทยจะได้รับบริการดูแลที่มีคุณภาพโดยไม่ต้องใช้เงินเกินควร โดยมีเป้าประสงค์ 3 ประการ: 1) ประชาชนเข้าถึงบริการ 2) การเงินการคลังที่มั่นคง และ 3) ดำรงธรรมาภิบาล

- แผนงาน/รายงาน:

สปสช. ได้มีแผนงานในการให้บริการในการจ่ายค่าชดเชยบริการแก่โรงพยาบาลและสถานพยาบาลผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพ ผ่านระบบการจ่ายตามการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) การจ่ายเงินสมทบการให้บริการ (On-top payment) และการจ่ายเงินชดเชยบริการผ่านทางกองทุนต่าง ๆ อาทิ เช่น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งเป็นกองทุนที่ดำเนินการร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อจัดตั้งโครงการสนับสนุนการลงทุนระดับจังหวัดในทุกจังหวัดเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ จนถึงขณะนี้ (พ.ศ. 2564) MOU ของโครงการสนับสนุนการลงทุน ได้ดำเนินการใน 58 จังหวัด และมีแผนจะแล้วเสร็จ 76 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2565 กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่ได้ร่วมดำเนินการกับเทศบาลและอบต. และกองทุนระบบการดูแบบระยะยาวสนับสนุนเป็นรายปีสำหรับผู้สูงอายุที่ได้ลงทะเบียนผ่านโครการ LTC

สปสช. ได้วางแผนปรับรูปแบบการจ่ายค่าบริการ IMC ให้ครอบคลุมกิจกรรม IMC ที่ให้บริการผู้ป่วย ปัจจุบัน สปสช. ชำระค่าบริการทางการแพทย์ตามเกณฑ์ DRG และสถานบริการบางแห่งสามารถจ่ายเงิน on top สำหรับบริการส่งต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม รูปแบบการจ่ายทั้งสองแบบมีปัญหาในการสำรวจ และกิจกรรม IMC บางอย่างไม่ครอบคลุม ดังนั้น สปสช. จึงกำลังปรับปรุงรูปแบบการชำระเงินใหม่เพื่อให้ครอบคลุมกิจกรรมของ IMC และเพื่อบรรเทาความยุ่งยากในจ่ายเงิน

1.2.2 โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ: S-TOP

1) โครงการร่วมมือกับ JICA: CTOP และ LTOP

2) การบริการอย่างไร้รอยต่อในโครงการ S-TOP

- ข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับ JICA

“โครงการพัฒนารูปแบบบริการที่ไร้รอยต่อในระยะกึ่งเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุ” (โครงการ S-TOP) เปิดตัวตาม CTOP (2550-2554) และ LTOP (2556-2560) โดยมีระยะเวลาโครงการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงตุลาคม 2565 ตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับ JICA

หน่วยงานที่ดำเนินการของรัฐบาลไทย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มเป้าหมาย คือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและสังคมในพื้นที่นำร่อง และผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวในพื้นที่นำร่อง

เป้าหมายโดยรวมของโครงการ คือ “รูปแบบที่พัฒนาในโครงการถูกนำไปใช้ทั่วประเทศ” และวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ “รูปแบบบริการโดยมีชุมชนเป็นฐานเพื่อการจัดบริการแบบไร้รอยต่อทั้งทางด้านการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือทางด้านสังคมและการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาและขยายการให้บริการไปทั่วประเทศ” ผลลัพธ์มีดังนี้

ก) มีการระบุปัญหาที่ต้องแก้ไขในการให้บริการที่ไร้รอยต่อทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการทางสังคมและการสนับสนุนการใช้ชีวิต โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ในระดับรัฐบาลส่วนกลางและระดับพื้นที่นำร่อง
ข) มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ไร้รอยต่อทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการทางสังคมและการสนับสนุนการดำรงชีวิต ในพื้นที่นาร่องจากการริเริ่มการดำเนินการที่มีอยู่
ค) มีการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผลการดำเนินการของรูปแบบในพื้นที่นำร่อง ตลอดจนความรู้และประสบการณ์ของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น

- ความเป็นมาและความพยายามในโครงการ S-TOP

ปัจจุบันอัตราผู้สูงวัยของประเทศไทยใกล้เคียงกับอัตราของประเทศญี่ปุ่นช่วงทศวรรษที่ 1990

ประเทศญี่ปุ่นช่วงทศวรรษที่ 1990 “แผนทองคำ” (กลยุทธ์สิบปีเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ) กำหนดขึ้นในปี 1989 และ “แผนทองคำใหม่” (กลยุทธ์สิบปีใหม่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ) ฉบับแก้ไขและกำหนดขึ้นในปี 1994 ส่งเสริมสวัสดิการบ้านและสวัสดิการสถาบันโดยมีเป้าหมายเป็นตัวเลข ในเวลาเดียวกันเทศบาลและจังหวัดต่างๆ จำเป็นต้องจัดทำ “แผนสวัสดิการและสุขภาพของผู้สูงอายุ” และจัดให้มีระบบเพื่อให้เทศบาลสามารถให้บริการบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกในลักษณะบูรณาการและเป็นระบบ

นอกจากนี้ “ระบบประกันการดูแลระยะยาว” ได้จัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2540 (และมีผลบังคับใช้ใน พ.ศ. 2543) เพื่อเป็นกลไกให้ประชาชนทุกคนสนับสนุนในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว เนื่องจากหน้าที่การดูแลจากครอบครัวนั้นลดลง เนื่องจากการเติบโจของครอบครัวเดี่ยว ฯลฯ และการดูแลผู้สูงอายุได้กลายเป็นภาระที่ทางร่างกายและจิตใจยิ่งใหญ่สำหรับครอบครัว

เมื่อมองย้อนกลับไปยังโครงการที่ผ่านมา แก่นของ CTOP* (พ.ศ. 2550-2554) คือ "การทดลองสำหรับการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมในชุมชน" และแก่นของ LTOP** (พ.ศ. 2556-2560) คือ บทนำของ "การจัดการการดูแล” และการอบรม “ผู้ดูแล”

สำหรับ S-TOP เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่นในช่วงทศวรรษ 1990 โครงการดังกล่าวได้ส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะฟื้นฟู โดยพิจารณาจากการตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยวิธีนี้ ในบรรดาการดูแลทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการทางสังคมและการสนับสนุนการดำรงชีวิต ที่อธิบายไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการ เราได้พัฒนาการบริการที่ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุโดยเน้นที่การฟื้นฟูสมรรถภาพ (ในโรงพยาบาลและชุมชน)

* CTOP: โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ
Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons

* LTOP: โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงรวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน
Project on Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People

3) การบริการที่ไร้รอยต่อในโครงการ S-TOP

การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนี้ มีความต้องการให้รวมคำอธิบายของ "ข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับ JICA" และ "ความพยายามในโครงการ S-TOP" (รวมถึงผลลัพธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับของ S-TOP ถึง CTOP และ LTOP ซึ่งเป็นโครงการระหว่างทั้งสองฝ่าย)

ด้วยเหตุนี้ ในข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของเรา เราจะ

ก) สรุปในรูปแบบของคำอธิบายของการจัดหาการบริการที่ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุที่อธิบายไว้ใน "วัตถุประสงค์": การดูแลทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบริการทางสังคมและการสนับสนุนการดำรงชีวิต

ข) ในขณะที่มุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับการกล่าวถึง การดูแลทางการแพทย์ บริการทางสังคมและการสนับสนุนการดำรงชีวิตที่เกี่ยวข้องกับประชากรเป้าหมายสำหรับการฟื้นฟูนี้ควรอธิบายด้วย*

ค) เนื่องจากสิ่งสำคัญในการสร้างรูปแบบฐานชุมชนที่ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นอย่างยืดหยุ่นที่พื้นที่นำร่อง รูปแบบควรรวมถึงการดูแลในโรงพยาบาลและการดูแลที่ไม่ใช่โรงพยาบาล และจัดหาโดยพื้นที่นำร่อง ตามสถานการณ์และสภาพของผู้ป่วย

ด้วยวิธีนี้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ: "รูปแบบบริการโดยมีชุมชนเป็นฐานเพื่อการจัดบริการแบบไร้รอยต่อทั้งทางด้านการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือทางด้านสังคมและการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาและขยายการให้บริการไปทั่วประเทศ”

4) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ความสัมพันธ์หรือตำแหน่งในยุทธศาสตร์/แผนแห่งชาติ

ในยุทธศาสตร์/แผนแห่งชาติ การริเริ่มโครงการนี้สามารถจัดวางตำแหน่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ได้

- บทบาทของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5) การพัฒนารูปแบบในโครงการ S-TOP

- คำอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเป้าหมายของโครงการ พร้อมคำจำกัดความ

ประเทศไทยคาดว่าจะมีประชากรสูงอายุ และการเพิ่มขึ้นของจำนวนครัวเรือนคู่สามีภรรยาและครัวเรือนเดี่ยวสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญคือต้องป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการรักษาโรคที่ไม่คาดคิด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อาการบาดเจ็บที่สมอง (TBI) และอาการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (SCI)

โครงการ S-TOP ได้ดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขณะเดียวกันยังมุ่งเน้นที่จะยกระดับระบบการส่งมอบบริการ IMC

ก) พื้นที่นำร่องดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อตั้งแต่ Acute, IMC และ LTC ในลักษณะที่เหมาะสมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นและให้บริการที่จำเป็นในแต่ละขั้นตอน

ข) ในระหว่างพิจารณานโยบายของรัฐบาลกลาง โครงการ S-TOP ร่วมกับรัฐบาลกลาง มีส่วนร่วมในการพูดคุยหรือเจรจาโดยตรงกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ และแบ่งปันประสบการณ์ ความรู้ และอื่น ๆ ของประเทศญี่ปุ่น เพื่อให้แน่ใจถึงการแผ่ขยายของบริการที่ไร้รอยต่อ

ค) มีการให้บริการที่จำเป็นในพื้นที่

ด้วยความคิดริเริ่มนี้ การบริการดูแลที่ไร้รอยต่อไม่เพียงแต่จะเป็นการให้บริการ แต่ยังเป็นการช่วยในเรื่องต่อไปนี้

ก) การยืดอายุคาดหวังที่มีสุขภาพดีของผู้ป่วย

ข) ลดภาระครอบครัว (สมาชิกในครอบครัวสามารถทำงานต่อได้)

ซึ่งจะช่วยยืดอายุคาดหวังที่มีสุขภาพดีและลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมในประเทศไทย

- รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาแล้ว: S-TOP จังหวัด

รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาแล้ว เป็นคำที่ใช้โดยโครงการ S-TOP เพื่ออ้างถึงรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาและนำไปใช้ในโครงการ S-TOP ตามที่เขียนไว้ข้างต้น โดยเฉพาะ

ก) ตามนโยบายของรัฐบาลกลาง บางคน (หรือบางองค์กร) สร้างโอกาสในการพูดคุยหรือเจรจาระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น รัฐบาลกลางและชุมชนท้องถิ่น (รัฐบาลท้องถิ่น สถาบันวิจัย สถานบริการทางการแพทย์และการพยาบาล ฯลฯ) ในขณะที่แบ่งปันความรู้

ข) ด้วยการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นและทำให้มั่นใจว่าการจัดหาการบริการที่จำเป็นในแต่ละขั้นตอนเป็นไปตามความเหมาะสมในท้องถิ่น พื้นที่นำร่องภายใต้ผู้นำของท้องถิ่น การดูแล การสนับสนุน และการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย Acute, IMC และ LTC อย่างไร้รอยต่อ

ค) การให้บริการที่จำเป็นในพื้นที่

กิจกรรมที่กล่าวข้างต้นนั้น ถือเป็นแกนหลักของรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาแล้ว

ดังนั้น ตามกรอบนี้ บทเรียนที่เป็นสากล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมด้วยแนวปฏิบัติที่ดี) ที่พบในแต่ละพื้นที่ ฯลฯ จะถูกรวบรวมไว้ในข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งจัดทำขึ้นทั่วประเทศไทย นำไปใช้ และเผยแพร่

จริง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโครงการ “รูปแบบที่พัฒนา”* ในโครงการถูกนำไปใช้ทั่วประเทศ

* ในแต่ละจังหวัด มีการจัดตั้งการบริการดูแลที่ไร้รอยต่อ (กิจกรรมนำร่อง) หรือมีการกำหนดนโยบายในอนาคตในช่วงระยะเวลาโครงการ S-TOP และแต่ละส่วนเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบที่พัฒนาแล้ว

1.3 ระยะเวลาที่ครอบคลุมโดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระยะเวลาที่ครอบคลุมโดยข้อเสนอแนะนโยบาย: พ.ศ. 2566-2573*

(ระยะเวลาของความพยายามอย่างเข้มข้น: พ.ศ. 2566-2568**)

* พ.ศ. 2573: เป็นปีที่ประมาณการว่าอัตราผู้สูงอายุของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศไทยจะคิดเป็นร้อยละ 19.6

“UN ประชากรผู้สูงอายุของโลก ปี 2562” อัตราที่เกินร้อยละ 17.4 ในปี 2543 เมื่อประเทศญี่ปุ่นเปิดตัวหอผู้ป่วยพักฟื้นอย่างเป็นทางการทั่วประเทศ

**พ.ศ. 2568: เป็นปีที่ประมาณการการประเมินโครงการโดยทีมผสมระหว่างรัฐบาลไทยและ JICA

- จนกว่าจะมีการประเมินโครงการ JICA จะพยายามจัดฝึกอบรมและความร่วมมืออื่นๆ ที่ไม่สามารถทำได้ในช่วงระยะเวลาโครงการ S-TOP เนื่องจากผลกระทบของ COVID-19
- จากผลการประเมินโครงการ กระทรวงจะต้องทบทวนเนื้อหาของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและพิจารณาการดำเนินการตามมาตรการตามการทบทวนตามความจำเป็น

2. กรอบแนวคิดการวิเคราะห์: WHO 6 เสาหลักสุขภาพ +1

2.1 การส่งมอบบริการ

การส่งมอบบริการสุขภาพเป็นลักษณะสำคัญที่บ่งบอกถึงการส่งมอบบริการที่ดีในระบบสุขภาพ การให้บริการเป็นปัจจัยพื้นฐานในภาวะสุขภาพของประชากร ควบคู่ไปกับปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม การให้บริการที่ดีควรมีลักษณะสำคัญดังนี้ (กรมการแพทย์, 2562)

1) ความครบถ้วน: การให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมตามความต้องการของประชาชน (ผู้ป่วย) ควรรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ (ผ่านทางหน่วยปฐมภูมิ หรือ ชมรมผู้สูงอายุ) ป้องกันโรค (ผ่านโรงพยาบาล) รักษาพยาบาล (ผ่านโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ โดยมีการจัดการบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุ) และฟื้นฟูสภาพ (ผ่านทาง รพศ./รพท./รพช.และ รพสต.) และบูรณาการงานบริการของทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน

2) การเข้าถึงบริการ: บริการจะต้องเข้าถึงได้โดยตรงและถาวรโดยไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย ภาษา วัฒนธรรม หรือภูมิศาสตร์ที่ไม่เหมาะสม จะต้องจัดให้มีบริการสุขภาพในพื้นที่ที่ใกล้ชิดกับประชาชนในระดับปฐมภูมิ อาจมีการให้บริการด้านสุขภาพในบ้าน ชุมชน สถานที่ทำงาน หรือสถานบริการสุขภาพ ณ ที่ใดก็ตามที่ตรงกับความต้องการและสภาพของผู้ป่วย

3) ขอบเขตความคุ้มครอง: การให้บริการต้องได้รับการออกแบบมาเพื่อให้ทุกคน ทั้งผู้ป่วยและคนปกติ ทุกกลุ่มรายได้ และทุกกลุ่มสังคม โดยการคำนึงถึงจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับด้วย

4) ความต่อเนื่อง: การให้บริการต้องจัดให้มีการดูแลประชาชนทุกคนด้วยความต่อเนื่องในการดูแลด้วยเครือข่ายบริการ ภาวะสุขภาพ ระดับการดูแล และบริการตลอดชีพโดยการจัดทีมที่ให้บริการตั้งแต่ IPD-OPD-Outreach และการดูแลที่บ้านโดยมีความถี่ในการให้บริการที่เหมาะสม

5) คุณภาพ: บริการด้านสุขภาพต้องมีคุณภาพสูง บริการด้านสุขภาพต้องมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มุ่งเน้นไปที่ความต้องการของผู้ป่วยและให้บริการอย่างทันท่วงที โดยควรต้องมีบุคลากรการดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญ

6) ความเป็นตัวบุคคลเป็นศูนย์กลาง: บริการสุขภาพต้องจัดตามความต้องการของประชาชน จะต้องไม่เน้นที่โรคหรือการจัดหาเงินทุน ประชาชนควรมีโอกาสมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการและการประเมินสุขภาพ

7) การประสานงาน: การบริการสุขภาพจะต้องประสานงานกันอย่างแข็งขันระหว่างประเภทของผู้ให้บริการ ประเภทการดูแล ระดับการให้บริการ และสำหรับบริการตามปกติและฉุกเฉิน ผู้ให้บริการปฐมภูมิของผู้ป่วยต้องอำนวยความสะดวกบริการที่จำเป็นและทำงานร่วมกับบริการอื่น ๆ ผู้ให้บริการ การประสานงานยังเกี่ยวข้องกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น บริการสังคมและ/หรือองค์กรชุมชน

8) ความรับผิดชอบและประสิทธิภาพ: บริการด้านสุขภาพต้องเชื่อถือได้ มีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายการบริการโดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ต้องมีผู้จัดการในการวางแผนและมีความรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานและผลลัพธ์โดยรวม ต้องมีการประเมินแผนและผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอด้วย

การส่งมอบบริการสุขภาพหมายถึง การให้บริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกของ IMC ทั้งในรูปแบบเตียงและวอร์ด และการให้การดูแลที่บ้าน (Home Health Care: HHC)

2.2 บุคลากรด้านสุขภาพ

บุคลากรด้านสุขภาพหมายถึงทุกคนที่มีส่วนร่วมในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ พนักงานด้านสุขภาพรวมถึงเจ้าหน้าที่คลินิก เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ ตลอดจนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สนับสนุน เช่น ผู้จัดการ พนักงานขับรถพยาบาล หรือนักบัญชี

บุคลากรด้านสุขภาพรวมถึงบุคคลที่ทำงานในภาครัฐและเอกชน ทั้งแบบเต็มเวลาและนอกเวลา และทั้งแบบที่ได้รับค่าจ้างและอาสาสมัคร รวมถึงบุคลากรในระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น การบริการด้านการรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจนการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมและการวิจัย

บุคลากรด้านสุขภาพหลักในแผนการให้บริการ IMC ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีน พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักบำบัดด้วยการพูด และผู้ดูแล (CG)

2.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพมีสี่หน้าที่หลัก: (i) การสร้างข้อมูล (ii) การรวบรวม (iii) การวิเคราะห์และการสังเคราะห์และ (iv) การสื่อสารและการใช้งาน ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสุขภาพและภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลและรับรองคุณภาพโดยรวม ความเกี่ยวข้อง และ

ทันเวลา และแปลงข้อมูลเป็นสารสนเทศสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ นักวางแผนด้านสุขภาพและผู้มีอำนาจตัดสินใจต้องการสารสนเทศประเภทต่างๆ รวมถึง:

1) ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและพันธุกรรม) และสภาพแวดล้อมตามบริบทภายในพื้นที่ปฏิบัติการ)

2) ข้อมูลเข้าสู่ระบบสุขภาพและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง (นโยบายและองค์กร โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ ต้นทุน ทรัพยากรมนุษย์และการเงิน และระบบข้อมูลด้านสุขภาพ)

3) ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ (ความพร้อมใช้งาน การเข้าถึง คุณภาพและการใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การตอบสนองของระบบต่อความต้องการใช้ และการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน)

4) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (การตาย การเจ็บป่วย การระบาดของโรค ภาวะสุขภาพ ความทุพพลภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี)

5) ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ (ปัจจัยกำหนด ความครอบคลุมของการใช้บริการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และรวมถึงเพศ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มชาติพันธุ์ และที่ตั้งทางภูมิศาสตร์)

6) ระบบข้อมูลสุขภาพที่ดีช่วยให้มั่นใจว่าผู้ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ เชื่อถือได้ ใช้งานได้ เข้าใจได้ และเปรียบเทียบได้

ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพมีความสำคัญในแผนการให้บริการ IMC เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการ ผู้คน และวันที่ต้องให้บริการจำนวนมาก มีระบบสารสนเทศต่างๆ ที่ใช้ในประเทศไทย ซึ่งควรมีระบบสารสนเทศเดียวที่ครอบคลุมกิจกรรม IMC ที่จำเป็นทั้งหมด

2.4 การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยา และเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี

ระบบสุขภาพที่ทำงานได้ดีช่วยให้มั่นใจได้ว่าสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น วัคซีน และเทคโนโลยีที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าได้อย่างเท่าเทียมกัน และการใช้งานทางวิทยาศาสตร์อย่างคุ้มค่าและคุ้มค่า เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เหล่านี้ จำเป็นต้องมีสิ่งต่อไปนี้:

1) นโยบายระดับชาติ มาตรฐาน แนวทางและข้อบังคับที่สนับสนุนนโยบาย

2) ข้อมูลเกี่ยวกับราคา สถานะของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ และความสามารถในการกำหนดและเจรจาราคา

3) แนวทางปฏิบัติด้านการผลิตที่เชื่อถือได้เมื่อมีในประเทศและการประเมินคุณภาพของผลิตภัณฑ์ที่มีลำดับความสำคัญ

4) การจัดซื้อ จัดหา จัดเก็บ และระบบจำหน่ายที่ลดการรั่วไหลและของเสียอื่นๆ

5) การสนับสนุนการใช้ยา สินค้าโภคภัณฑ์ และอุปกรณ์อย่างมีเหตุมีผล ผ่านแนวทางและ กลยุทธ์เพื่อให้มั่นใจในการปฏิบัติตาม ลดการดื้อยา เพิ่มความปลอดภัยและการฝึกอบรมแก่ผู้ป่วยสูงสุด การตรวจสอบการเข้าถึงยาจำเป็นมีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับองค์ประกอบอื่นๆ อย่างน้อยสองส่วน ได้แก่ การให้บริการและการกำกับดูแล

2.5 กลไกการคลังด้านสุขภาพ

กลไกการคลังด้านสุขภาพหมายถึงการทำงานของระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการระดมทุน การสะสม และการจัดสรรเงินเพื่อให้ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทั้งรายบุคคลและโดยรวมในระบบสุขภาพ วัตถุประสงค์ของการจัดหาเงินทุนด้านสุขภาพคือการจัดหาเงินทุน ตลอดจนกำหนดสิ่งจูงใจทางการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการ เพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายของการจัดหาเงินทุนสำหรับระบบสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงการแสวงหาเงินทุนที่เพียงพอเพื่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้คนใช้บริการที่จำเป็นโดยไม่ต้องเสี่ยงต่อความยากลำบากทางการเงินอย่างรุนแรงหรือกลายเป็นความยากจน ด้วยเหตุนี้ ระบบการเงินจึงมักถูกแบ่งตามแนวคิดเป็นสามหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกัน — (i) การจัดเก็บรายได้ (ii) การรวมเงินทุน และ (iii) การจัดซื้อ/การจัดหาบริการ ก่อนที่จะมุ่งเน้นไปที่กลยุทธ์การวัดและตัวบ่งชี้สำหรับการทำงานเหล่านี้ สิ่งสำคัญคือต้องเข้าใจองค์ประกอบหลัก

กลไกการคลังด้านสุขภาพสำหรับ IMC หมายถึง ค่าบริการสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการรักษาที่บ้าน การชำระเงินควรครอบคลุมกิจกรรม IMC ทั้งหมด (รวมถึงเดินทาง)

2.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

ธรรมาภิบาลด้านสุขภาพกำลังถูกมองว่าเป็นประเด็นสำคัญในวาระการพัฒนา ความเป็นผู้นำและธรรมาภิบาลในการสร้างระบบสุขภาพเกี่ยวข้องกับการสร้างความมั่นใจว่ากรอบนโยบายเชิงกลยุทธ์มี อยู่และรวมกับการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสร้างพันธมิตร กฎระเบียบ การเอาใจใส่ต่อการออกแบบระบบและความรับผิดชอบ ความรับผิดชอบจึงเป็นลักษณะธรรมาภิบาลที่แท้จริงซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงบุคคล ครัวเรือน ชุมชน บริษัท รัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน บริษัทเอกชน และหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการเงิน ตรวจสอบ ส่งมอบและใช้บริการด้านสุขภาพ ความรับผิดชอบเกี่ยวข้องกับ (1) การมอบหมายวิธีการให้บริการ (2) การจัดหาเงินทุนเพื่อให้แน่ใจว่ามีทรัพยากรเพียงพอเพื่อให้บริการที่จำเป็น (3) ผลงานที่มีคุณภาพดี (4) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินหรือติดตามผลการปฏิบัติงาน (5) การบังคับใช้

2.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนได้กลายเป็นมาตรฐานในปัจจุบัน การมีส่วนร่วมควรรวมถึงแนวคิดของการมีส่วนสนับสนุน มีอิทธิพล แบ่งปัน หรือแจกจ่ายอำนาจและการควบคุม ทรัพยากร ประโยชน์ ความรู้ และทักษะที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วมของผู้รับผลประโยชน์ในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการโดยสมัครใจที่ผู้คน ซึ่งรวมถึงผู้ด้อยโอกาส (ในด้านรายได้ เพศ สถานะ หรือการศึกษา) มีอิทธิพลหรือควบคุมการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อพวกเขา สาระสำคัญของการมีส่วนร่วมคือการใช้สิทธิและทางเลือก และพัฒนาความสามารถของมนุษย์ องค์กร และการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาการบริการด้านสุขภาพ

การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดต้นทุนทางการเงิน สังคม และจิตใจ ตลอดจนผลประโยชน์ ผู้คนหรือผู้รับผลประโยชน์มักจะมีส่วนร่วมเมื่อผลประโยชน์มากกว่าต้นทุน

3. ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ S-TOP

3.0 บันทึกของการอภิปรายในโครงการ S-TOP

3.0.1 เป้าหมายโดยรวม

รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาแล้วในโครงการได้รับการนำไปใช้ทั่วประเทศ

3.0.2 เป้าหมายโครงการ

เพื่อการขยายไปทั่วประเทศ รูปแบบของการใช้ชุมชนเป็นฐานได้รับการพัฒนาเพื่อให้บริการแบบไร้รอยต่อในด้านการแพทย์ การฟื้นฟู ด้านสังคมและการบริการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

3.0.3 กิจกรรมของผลลัพธ์

กิจกรรมภายในผลลัพธ์จาก 1-3 มีดังนี้

กิจกรรมภายใต้ผลลัพธ์ที่ **1** **ผลลัพธ์ที่** 1: เพื่อให้บริการแบบไร้รอยต่อในด้านการแพทย์ การฟื้นฟู ด้านสังคมและการบริการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ประเด็นที่ต้องการแก้ไข จะถูกระบุผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์ในส่วนกลางและพื้นที่นำร่อง	
1-1	**จัดทำการประเมินนโยบาย ระเบียบ และกำหนดการต่างๆ ในส่วนกลาง**
1-2	**คัดเลือกเลือกพื้นที่นำร่องจากคุณสมบัติที่เหมาะสม**
1-3	**จัดตั้งคณะกรรมการที่พื้นที่นำร่องแต่ละแห่งโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**
1-4	**จัดทำการประเมินสถานการณ์การให้บริการในแต่ละพื้นที่นำร่อง**
1-5	**วิเคราะห์สถานการณ์และระบุช่องว่างที่จะเติมเต็มในแต่ละพื้นที่นำร่อง**
1-6	**สรุปผล**

กิจกรรมภายใต้ผลลัพธ์ที่ **2** **ผลลัพธ์ที่** 2: **จากความคิดริเริ่มในปัจจุบันรูปแบบได้ถูกพัฒนาที่พื้นที่นำร่องในการให้บริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู ด้านสังคมและการช่วยเหลือในการใช้ชีวิต**	
2-1	**จากผลของ ผลลัพธ์ที่** 1 **ได้รับแนวคิดที่จะเติมเต็มช่องว่างที่ถูกระบุในพื้นที่นำร่องแต่ละแห่ง**
2-2	**ร่างแผนแนวคิดที่ได้รับในกิจกรรม** 2-1.
2-3	**ทำการทดลองแผนในพื้นที่นำร่องแต่ละแห่ง**
2-4	**ติดตามการทดลองและประเมินผล**
2-5	**วางแผนการทดลองขั้นสุดท้ายเพื่อทำรูปแบบ**
2-6	**จัดทำเอกสารสำหรับรูปแบบจากกิจกรรม** 2-5 **จากหลักฐาน**

กิจกรรมภายใต้ผลลัพธ์ที่ **3** **ผลลัพธ์ที่**3: **ข้อเสนอแนะถูกพัฒนาจากผลการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่นำร่องและจากความรู้และประสบการณ์ของฝ่ายไทยและฝ่ายญี่ปุ่น**	
3-1	**อภิปรายรูปแบบและวิธีการขยายให้ใช้งานทั่วประเทศ**
3-2	**จัดทำเอกสารข้อเสนอแนะจากรูปแบบและการดำเนินการที่จำเป็นสำหรับการขยายให้ใช้งานทั่วประเทศ**
3-3	**จัดส่งข้อเสนอแนะให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**

3.1 รัฐบาลส่วนกลาง: ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ S-TOP

3.1.1 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

1) มาตรการหลัก /แนวปฏิบัติ/คู่มือ/การจัดทำ

1) - 1 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลระยะกลาง

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการระยะกึ่งเฉียบพลัน (IMC) เป็นการให้บริการทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ผ่านระยะวิกฤตที่มีอาการคงที่มีความบกพร่อง และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งต้องการการฟื้นฟูจากทีมสหวิชาชีพ หลังจากถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลระยะวิกฤตมายังโรงพยาบาลฟื้นฟู เพื่อฟื้นฟูสุขภาพให้กลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่จะได้รับการฟื้นฟูได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองบาดเจ็บ และโรคไขสันหลังบาดเจ็บที่มี BI น้อยกว่า 15 หรือ มากกว่า 15และมีความบกพร่องอื่น ๆ การให้บริการ IMC ประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ กระบวนการให้บริการ ระยะเวลาการฟื้นฟู และโปรแกรมการฟื้นฟู ซึ่งได้รับการประเมินจากทีมสหวิชาชีพ ระยะเวลาของ IMC คือ 180 วันหลังจากระยะวิกฤต

1) - 2 การพัฒนาในการดูแลระยะยาว (LTC) สำหรับการระบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของผู้สูงอายุ

กรมอนามัยมีนโยบายสำหรับผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะในโปรแกรม LTC โดยเน้นที่การคัดกรองสุขภาพ การให้บริการทางทันตกรรม และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยกรมอนามัยได้จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลในแต่ละตำบลเพื่อให้การบริการที่จำเป็นตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีผู้สูงอายุสุขภาพดี กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโปรแกรม LTC เพื่อให้การบริการทางสาธารณสุขของค์รวมแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดทำมาตรการสำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแผนยุทธศาสตร์ชาติในประเด็นที่ 15 ในการส่งเสริมสังคม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 วาระผู้สูงอายุแห่งชาติ และ Smart Citizen (MOU ระหว่าง 4 กระทรวงในวันที่ 30 มีนาคม 2560) ซึ่งเป็นแผนในการคัดกรองสุขภาพและออกแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุในตำบล

1) - 3 แผนปฏิบัติการ กรมการแพทย์ (2563 – 2565)

กรมการแพทย์ได้จัดทำแผนปฏิบัติการ 3 ปี (2563 – 2565) ซึ่งเป็นกรอบในการปฏิบัติเพื่อ

บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีของประชาชน ประชาชนมีความสุข และมีระบบสุขภาพที่ยั่งยืน กรมการแพทย์มีภารกิจในการให้บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม ส่งเสริมการร่วมคิด และการให้บริการแบบไร้รอยต่ออย่างครบวงจรเพื่อบรรลุเป้าหมาย สามประการ 1 . การบริการทางการแพทย์แบบเน้นคุณค่า 2. ความเป็นเลิศด้านบุคลากรทางการแพทย์ และ 3. ความเป็นเลิศด้านการจัดการ โดยเป้าหมายทั้งสามประการนี้จะใช้เป็นกรอบในการดำเนินการ 4 แผนปฏิบัติการ 1) To be The Best of the best และ The Best for the most ด้วยข้อมูลทางการแพทย์และพัฒนาศูนย์กลางความเป็นเลิศ (Center of Excellence: CoE 2) พัฒนาการให้บริการแบบไร้รอยต่ออย่างครบวงจรเพื่อให้บริการระบบของโรงพยาบาลตามบุคคลที่มีพื้นฐานมาจากเวชศาสตร์ดิจิทัล 3) พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ทั้งในแผนระยะยาวและระยะสั้นด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น อีเลิร์นนิง 4) พัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ

1) - 4 แผนปฏิบัติการของกรมสุขภาพจิต DMH Action Plan

กรมสุขภาพจิต ให้ความสำคัญกับการดูแลจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีแผนที่จะคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในด้านจิตวิทยา การพักฟื้น กิจกรรมประจำวัน การเสริมพลังทางจิตวิทยา กรมสุขภาพจิต ได้จัดทำคู่มือการฝึกอบรมการดูแลสังคมและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังที่มีบ้านและติดเตียง นอกจากนี้ โครงการสร้างเสริมพลังญาติพี่น้องผู้สูงอายุได้ริเริ่มขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีสังคมจำกัด มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ

2) การตั้ง KPI

2) - 1 IMC

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ KPI เพื่อการบริการที่เป็นเลิศในการให้บริการ IMC โดยกำหนดให้โรงพยาบาลระดับ M และ F ในการให้บริการIMC (Intermediate bed/ward) โดยมี 3 KPI

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการ IMC แบบคนไข้ใน (Intermediate bed/ward) (ปี 2564 มากกว่าหรือเท่ากับ 80%, ปี 2565 มากกว่าหรือเท่ากับ 90%, และปี 2566 เท่ากับ 100%)

(2) ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพในการให้บริการ IMC ในโรงพยาบาลระดับ M และ F (ปี 2564 มากกว่าหรือเท่ากับ 40%, ปี 2565 มากกว่าหรือเท่ากับ 50%, และปี 2566 มากกว่าหรือเท่ากับ 60%)

(3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองบาดเจ็บ และโรคไขสันหลังบาดเจ็บที่รอดชีวิตและมี BI น้อยกว่า 15 และ BI มากกว่า 15ที่มีความบกพร่องหลายประเภทเพื่อให้รับการบริการ IMC และติดตามในระยะเวลา 6 เดือนหรือจนกระทั่ง BIเท่ากับ 20 (ปี 2564 มากกว่าหรือเท่ากับ 65%, ปี 2565 มากกว่าหรือเท่ากับ 70%, และปี 2566 มากกว่าหรือเท่ากับ 75%)

2) - 2 LTC

ร้อยละของตำบลที่ได้ริเริ่มระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (ปี 2564 มากกว่าหรือเท่ากับ 90%, ปี 2565 มากกว่าหรือเท่ากับ 95%, และปี 2566 เท่ากับ 100%)

3) ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ S-TOP

รัฐบาลส่วนกลางได้ตกลงกับ JICA ในการนำโครงการ S-TOP ไปใช้ดำเนินงานผ่าน 3 กระทรวงหรือเทียบเท่า ซึ่งต่อไปจะเรียกว่าหน่วยงานดำเนินงาน หน่วยงานดำเนินงานในฝั่งรัฐบาลไทย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โครงการนี้มีระยะเวลา 5 ปี (กันยายน 2560 ถึง ตุลาคม 2565)

โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานร่วม (JCC) เพื่อ (1) กำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ (2) เพื่อติดตามและกำกับดูแลการดำเนินงานและจัดการทรัพยากรให้เป็นไปตามแผนรวมถึงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานโครงการ (3) มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อพิจารณาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างดำเนินโครงการ และ (4) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานตามความเหมาะสม เจ้าหน้าที่จากรัฐบาลไทยเป็นประธานและกรรมการ, ผู้เชี่ยวชาญของ JICA เป็นที่ปรึกษาของ JCC

โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับ (SC) เพื่อ (1) จัดการทรัพยากรเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการ (2) ติดตามกำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนงานประจำปี (3) เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการ (4) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงเพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินโครงการ (5) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานตามความเหมาะสม และ (6) ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ JCC มอบหมาย เจ้าหน้าที่จากรัฐบาลไทยเป็นประธานและกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญของ JICA เป็นที่ปรึกษาของ JCC

โดยการแต่งตั้งคณะทำงาน (WT) (1) เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อให้โครงการสามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ (2) ติดตามกำกับดูแลการดำเนินงานของโครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปี (3) เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ (4) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอก สธ. เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินโครงการดีขึ้น และ (5) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย เจ้าหน้าที่จากรัฐบาลไทยเป็นประธานและกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญของ JICA เป็นที่ปรึกษาของ JCC

โดยการแต่งตั้งคณะทำงานร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (DT) เพื่อ (1) พิจารณาผลการวิจัยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของโครงการและเสนอแนะนโยบายเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานบริการที่ราบรื่นยิ่งขึ้น (2) เสนอแนะนโยบายดูแลผู้สูงอายุอย่างไร้รอยต่อในช่วงต่างๆ เพื่อเสนอให้กรรมการบริหารโครงการพิจารณาให้ สธ. ประกาศเป็นนโยบาย และ (3) งานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย เจ้าหน้าที่จากรัฐบาลไทยเป็นประธานและคณะกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญของ JICA เป็นที่ปรึกษาของ DT

โดยการแต่งตั้งคณะทำงานวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการและประกอบร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย (RT) (1) เพื่อรวบรวมและสำรวจข้อมูลในพื้นที่นำร่องเพื่อทำการวิจัย (2) ดำเนินการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยสู่สาธารณะและปรับข้อเสนอแนะการวิจัยในลักษณะที่เหมาะสม (3) จัดทำร่างงานวิจัยการประเมินเพื่อประเมินการพัฒนาบริการที่ไร้รอยต่อในการดูแลระดับกลางสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งให้ DT เพื่อพิจารณา เจ้าหน้าที่จากรัฐบาลไทยเป็นประธานและคณะกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญของ JICA เป็นที่ปรึกษาใน RT

คณะกรรมการโครงการ S-TOP ของพื้นที่นำร่องได้รับการแต่งตั้งในแต่ละสถานที่ปฏิบัติงาน รวมแปดพื้นที่นำร่องและอีกสองแห่งเป็นพื้นที่ศักยภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการประชุมเพื่อติดตามติดตามผลการดำเนินโครงการอย่างสม่ำเสมอ

3.1.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

1) มาตรการหลัก/แนวปฏิบัติ/คู่มือ

1) - 1 การสร้างศักยภาพของอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

พม. ได้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นเบื้องต้น จำนวน 18 ชั่วโมง ซึ่งเป็นหลักสูตรมาตรฐานกลางของประเทศในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็น อพม. (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนและครอบครัว และเสริมสร้างกลไกเครือข่ายการช่วยเหลือดูแล ชี้เป้าเฝ้าระวังทางสังคม การเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการคุ้มครองทางสังคมของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบทีมสหวิชาชีพร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

1) - 2 แนวปฏิบัติเพื่อการดำเนินงานของ อพม. สำหรับกรมกิจการผู้สูงอายุ

อพม. (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) คือ บุคคลที่สมัครใจเป็นอาสาสมัครในการช่วยเหลือการดำเนินงานตามภารกิจเพื่อให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมในระดับพื้นที่ โดยจะต้องผ่านการอบรมตามมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นเบื้องต้น จำนวน 18 ชั่วโมง เพื่อยกระดับเป็น อพม. (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ครอบคลุม ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และเทคโนโลยีนวัตกรรม โดยมีบทบาทหน้าที่หลัก ดังนี้ 1) การดูแลผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม ทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยดูแลผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากเดือดร้อนตามความจำเป็น และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ 2) การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม โดย

ทำหน้าที่สำรวจรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุเบื้องต้น วิเคราะห์สภาพปัญหาความจำเป็น วางแผนให้ความช่วยเหลือ รวมถึงประสานหน่วยงานภาคีเครือข่ายเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง 3) การจัดบริการและสวัสดิการสังคม โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการจัดบริการและสวัสดิการทางสังคมอย่างเหมาะสมทั่วถึงและเป็นธรรม รวมถึงการสนับสนุนภารกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นอกจากนี้มีกระบวนการขับเคลื่อนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ และการเสริมสร้างทักษะความรู้ที่จำเป็นและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันให้กับ อพม. (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ทั้งนี้ ได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้อาสาสมัคร โดยจัดงานพิธีเชิดชูเกียรติอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) ดีเด่น ให้กับอาสาสมัครที่มีผลงานดีเด่นและดำเนินงานให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

1) - 3 การสนับสนุนในด้านงบประมาณการปรับปรุงบ้านสำหรับผู้สูงอายุ

พม. โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ดำเนินการโครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสนับสนุนงบประมาณโครงการดังกล่าวไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัดและศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทุกแห่ง งบประมาณในการปรับปรุง/ซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุหลังละไม่เกิน 40,000 บาท ดำเนินการตามระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและเสริมสร้างชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562 โดยผู้ประสงค์ขอรับการปรับปรุง/ซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินการยื่นคำขอได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร เมืองพัทยา

1) - 4 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)

พม. ได้ดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ซึ่งเป็นการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างชมรมองค์กรด้านผู้สูงอายุ อาสาสมัคร ชุมชน องค์กรหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีสถานที่ในการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมและเข้าถึงบริการทางสังคมที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และเทคโนโลยีนวัตกรรม และเป็นศูนย์กลางของชุมชนในการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการถ่ายทอดภูมิปัญญา สนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมการสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อยกระดับการจัดบริการและสวัสดิการสังคมในการคุ้มครองส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบครบวงจร โดยสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชนได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพช่วยเหลือตนเองในการ

สร้างอาชีพและรายได้อย่างมั่นคงยั่งยืน รวมถึงส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยปัจจุบันศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) มีจำนวน 1,998 แห่งครอบคลุมทั่วประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

2) การตั้ง KPI

KPI ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ประกอบด้วย ดังนี้

(1) ระบบการแจ้งเตือนสิทธิ์และช่วยเหลือในการรับสวัสดิการของประชาชนตลอดช่วงชีวิต

(2) ระดับความสำเร็จในการช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน

(3) ความสำเร็จในการพัฒนาอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ

3) ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ S-TOP

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ และเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้สูงอายุ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งในการบูรณาการสร้างความร่วมมือและขับเคลื่อนนโยบาย กิจกรรมและการจัดบริการร่วมกัน ทั้งทางด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในมิติทางด้านสังคมเป็นหลัก โดยดำเนินการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ เช่น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ) สนับสนุนกลไกอาสาสมัคร ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมการจัดอบรมมาตรฐานหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นเบื้องต้น จำนวน 18 ชั่วโมง ให้กับสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการและกฎหมายต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้มั่นคงและปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิต การสนับสนุนกองทุนผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรมทางสังคมโดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ มุ่งหวังให้เกิดการจัดสวัสดิการสังคมแบบองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

3.1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1) มาตรการหลัก / แนวปฏิบัติ / คู่มือ

1) - 1 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

"ทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้รับการคุ้มครองตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ UHC และเข้าถึงการดูแลสุขภาพด้วยความมั่นใจเมื่อจำเป็น" คือวิสัยทัศน์ของ สปสช. มีพันธกิจในการให้ความมั่นใจให้ประชาชนได้รับความคุ้มครอง การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์อย่างเท่าเทียมกันอย่างมีประสิทธิภาพโดยการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมตามหลักฐาน สปสช.มีเป้าหมาย CSG (Coverage-Safe-Governance หรือความครอบคลุม-ความปลอดภัย-การกำกับดูแล) 3 ประการ คือ C คือ Coverage ครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาค และตอบสนอง S คือ Safe ระบบการเงินที่ปลอดภัย และ G คือ Governance ธรรมาภิบาล UHC จ่ายให้กับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลตามรายหัว

สำหรับการให้บริการ IMC นั้น สปสช. มีกำหนดเงินชดเชยค่าบริการดังนี้

(1) 1. Stroke Fast track การตรวจวินิจฉัย CT scan ให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในอัตราเหมาะจ่าย 49,000 บาท/ครั้ง (ระยะเฉียบพลัน)

(2) ผู้ป่วยใน IMC Stroke Unit, IMC ward/bed ตามระบบ DRG และ on-top payment

(3) บริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วย stroke รายใหม่ ในอัตรา 150/ครั้ง ไม่เกิน 20 ครั้ง

(4) การจัดกายภาพบำบัด (450/ครั้ง)/กิจกรรมบำบัด (150/ครั้ง) /แก้ไขการพูด (150/ครั้ง) ในผู้ป่วย IMC (กายภาพบำบัด ไม่เกิน 20 ครั้ง และ กิจกรรมบำบัด/การแก้ไขการพูด ไม่เกิน 10 ครั้ง

(5) ถ้าลงทะเบียนเป็นคนพิการ จะเข้ารับบริการที่ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป ในการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระ (IL) ในชุมชน 11,000/คน

1) - 2 กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อสุขภาพที่จำเป็นระดับจังหวัด

สปสช. ได้จัดตั้งกองทุนร่วมสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในจังหวัดโดยการจัดสรรงบประมาณเท่าๆ กันของสองหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยการทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในปัจจุบันได้มีการจัดตั้งกองทุนไปแล้ว 58 จังหวัด และมีแผนที่จะจัดตั้งกองทุนให้ครบทุกจังหวัดภายในปี 2565 ครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการตามรายการที่ สปสช. กำหนดให้กองทุนฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัดดำเนินการ, ค่าฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว, ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน และอื่นๆ ตามหน้าที่กองทุนฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด

1) - 3 กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (The Community Health Security Fund)"กองทุนสุขภาพตำบล"นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน มีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้ว และสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง โดยเป็นกองทุนร่วมระหว่าง สปสช.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กองทุน กปท. สามารถใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพและสนับสนุนการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ โดยเน้นการจัดบริการแบบรายชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

2) การตั้ง KPI

ผลการดำเนินงานปี 2563 สรุปได้ดังนี้ 1. การจัดการด้านการเงิน การเบิกจ่ายรวมภาระผูกพัน 140,369.81 ล้านบาท (ระดับความสำเร็จ : 99.88% ของงบประมาณ UCS ไม่รวมเงินเดือนผู้ให้บริการด้านการแพทย์ รวมเป็นเงิน 140,533.42 ล้านบาท) นำไปใช้เป็นค่าคอมมิชชั่น บริการด้านสุขภาพ 2. ความครอบคลุมประชากรของคนไทย 47.68 ล้านคนที่มีสิทธิ์ได้รับ UCS มี 47.68 ล้านคน (ระดับความสำเร็จ = 99.85%) ลงทะเบียนที่หน่วยบริการสุขภาพ 3. หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพ 12,245 หน่วยในทะเบียน UCS ซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิ (11,851) หน่วยผู้รับเหมาหลัก (1,386) และหน่วยส่งต่อ (1,076) โดยสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการได้หนึ่งหน่วยสำหรับประเภทบริการมากกว่าหนึ่งประเภท

3) ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ

การจ่ายเงินชดเชยตาม Service Plan ของ IMC ได้รับการปรับปรุงเพื่อให้ดำเนินการจ่ายเงินได้ครอบคลุมการให้บริการ IMC ในหลายรูปแบบ ได้แก่

การเพิ่มกิจกรรมการฟื้นฟูแบบ IPD เข้าไปในการชดเชยแบบ DRG เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถบันทึกกิจกรรมและเรียกรับการชำระเงินผ่านระบบ e-claim ได้อย่างเป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศ

การปรับปรุงค่าฟื้นฟูและกายภาพบำบัด โดยผู้ป่วยที่ต้องการ intensive rehabilitation สามารถได้รับการฟื้นฟูได้ จำนวน 20 ครั้ง ครั้งละ 450 บาท โดยสามารถไปรับบริการจากคลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ นักกายภาพบำบัดมีใบรับรองการประกอบวิชาชีพได้

3.2 ผู้เชี่ยวชาญ JICA: ความพยายามและปัจจัยนำเข้าในโครงการ S-TOP

3.2.1 ผู้เชี่ยวชาญ JICA: ความริเริ่มหลักของ โครงการ S-TOP

โดยร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ JICA ได้ดำเนินการตามความพยายามเป็นประจำและเฉพาะกิจด้านล่างนี้

1) ความพยายามประจำ

- **การติดตามผลการดำเนินงาน**

ทีมผู้เชี่ยวชาญของ JICA ดำเนินการตรวจสอบการเยี่ยมชมสถานที่นำร่อง 18 ครั้ง: เชียงใหม่ [2] กรุงเทพมหานคร [1] นนทบุรี [2] ชลบุรี [3] ขอนแก่น [2] นครราชสีมา [3] สุราษฎร์ธานี [3], ภูเก็ต [2] และ 3 ประชุมออนไลน์กับ พื้นที่นำร่อง และพื้นที่ศักยภาพ(ณ วันที่ 27 เมษายน 2565)

นอกจากนี้ ทีมผู้เชี่ยวชาญของ JICA ยังได้ร้องขอข้อมูลจากพื้นที่นำร่องในด้านแบบฟอร์ม 4 จำนวน 7 ครั้ง ครั้ง ตลอดจนข้อมูลฟอร์ม 2 และ IMC ที่ทบทวนแล้ว และสรุปรายงานการตรวจสอบ

- **การฝึกอบรม**

ผู้เชี่ยวชาญ JICA ได้ดำเนินการฝึกอบรมที่ประเทศญี่ปุ่น 2 ครั้ง และ การฝึกอบรมออนไลน์ 3ครั้ง

- **การประชาสัมพันธ์**

ผู้เชี่ยวชาญ JICA ได้ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านเฟสบุ้ก และ เวปไซท์ JICA

2) ความพยายามเฉพาะกิจ

- **การทบทวนช่วงกลางโครงการ (Mid-term Review)**

ทีมผู้เชี่ยวชาญ JICA สรุป Mid-term Review เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทยยังได้รับข้อมูลจากพื้นที่นำร่องในด้านแบบฟอร์ม 4 จำนวน 7 ครั้ง ครั้ง ตลอดจนข้อมูลฟอร์ม 2 และ IMC ที่ทบทวนแล้ว และสรุปรายงานการตรวจสอบ

- **การสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์**

JICA ได้สนับสนุนเวชภัณฑ์ให้แก่พื้นที่นำร่องและพื้นที่ศักยภาพ

เวชภัณฑ์: รถเข็น, ชุดกิจกรรมบำบัดเพื่อการทำงานของมือ, เครื่องวัดอุณหภูมิอินฟราเรดพร้อมขาตั้ง, เครื่องวัดความดันโลหิต, อัลตร้าซาวด์แบบพกพา, เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด, หูฟัง, เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผากและมือ และกระเป๋า.

- **การวิจัย**

ผู้เชี่ยวชาญ JICA พร้อมกับคณะวิจัย (ผู้แทน: ศาสตราจารย์ ดร. ถาวร มหาวิทยาลัยมหิดล) ได้ทำวิจัยในการให้บริการแบบไร้รอยต่อระยะกึ่งวิกฤตของพื้นที่นำร่องในโครงการ S-TOP

4. ความคิดริเริ่มของพื้นที่นำร่องในโครงการ S-TOP

คำอธิบายของพื้นที่นำร่องโครงการ เหตุผลในการเลือก และความสำคัญของแต่ละพื้นที่นำร่อง: พื้นที่นำร่องหลัก พื้นที่ศักยภาพ พื้นที่สนับสนุน ผู้สนับสนุนด้านวิชาการ

มีหลักเกณฑ์ 6 แบบในการเลือกพื้นที่นำร่อง ได้แก่ (1) ต้องมีความสมดุลของภูมิภาคประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคกลาง และภาคใต้ของประเทศไทย (2) ต้องมีการเริ่มต้นการดูแลระยะกึ่งวิกฤตระหว่างโรงพยาบาลวิกฤต (ระดับ A/S) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F/M) (3) ต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเป็นพื้นที่แนวปฏิบัติที่ดีของการดูแลสังคม / CTOP, LTOP (4) ควรมีจำนวนบุคลากรน้อยที่สุด (แพทย์ PM&R, พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู, เจ้าหน้าที่ฟื้นฟู, SW, CM, SG); (5) ควรได้รับการแนะนำจากหน่วยงานของไทย (สธ./ พม. และ สปสช.) และ (6) จะดีกว่าหากพื้นที่อยู่ในสถานที่ที่อาสาสมัครของ JICA อยู่ใกล้ ๆ และสามารถมีส่วนร่วมในโครงการได้

แนวคิดของ พื้นที่นำร่องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ (พื้นที่ศักยภาพ พื้นที่สนับสนุนการดำเนินงาน และผู้สนับสนุนทางวิชาการ) มีความหมายดังนี้

(1) พื้นที่นำร่องหลักควรมีจุดมุ่งหมายที่จะเป็นรูปแบบการบริการแบบไร้รอยต่อและควรจะมีสิ่งอำนวยความสะดวกและศูนย์สำหรับผู้สูงอายุ โดยพื้นที่สามารถจัดการวงจรโครงการผ่านแผน การดำเนินการ การประเมินและการติดตาม IMC และการบริการไร้รอยต่อ พร้อมกับสามารถติดตาม CM และ CG ที่พัฒนาโดย LTOP และใช้ผลลัพธ์ของ LTOP กับบริการรูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ นอกจากนี้ยังสามารถสร้างแรงผลักดันในการขยายบริการรูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่อทั่วประเทศ

(2) พื้นที่ศักยภาพควรจะสามารถพัฒนา IMC หรือการบริการแบบไร้รอยต่อโดยการกระชับความสัมพันธ์กับเครือข่ายท้องถิ่นในพื้นที่ พร้อมกับสามารถติดตาม CM และ CG ที่พัฒนาโดย LTOP และใช้ผลลัพธ์ของ LTOP กับบริการรูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ

(3) พื้นที่สนับสนุนการดำเนินงานควรมีบทบาทในการเป็นพื้นที่แนวปฏิบัติที่ดีในบางหมวดของการให้บริการ IMC สำหรับพื้นที่นำร่องหลัก, เป็นผู้จัดการศึกษาดูงานของพื้นที่นำร่องหลัก เป็นวิทยากรหรือผู้แบ่งปันความรู้และประสบการณ์ในการฝึกอบรมและสัมมนาใน IMC และดูแลอย่างไร้รอยต่อ ควรมีบทบาทเป็นศูนย์กลางของ TOT สำหรับ IMC และการบริการที่ไร้รอยต่อและสนับสนุนเพื่อสร้างแรงผลักดันในการขยายบริการแบบจำลองทั่วประเทศ

(4) ผู้สนับสนุนด้านวิชาการควรมีบทบาทในการแบ่งปันความรู้ที่ปรับปรุงแล้วและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับบริการ IMC ให้แก่พื้นที่นำร่องและเป็นวิทยากรในการสัมมนาเรื่อง IMC และบริการที่ไร้รอยต่อ

4.1 เชียงใหม่ (เขตสุขภาพที่ 1)

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป

4.1.1.1 ภาพรวม

ข้อมูล	ระดับจังหวัด (2018)	โครงการ S-TOP *
จำนวนประชากร	1,602,699*	307,850
จำนวนผู้สูงอายุ, อัตราส่วน	259,667 ,16.20% *	78,990, 14.36%
อัตราการตาย	ไม่ระบุ	-
อัตราการเกิน	ไม่ระบุ	-
จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิ	11	1
จำนวนโรงพยาบาลทุติยภูมิ	23	1
จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิ	267	4
โรค 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด		-

*ฟอร์ม 2

4.1.1.2 โครงการ S-TOP 2019* (ฟอร์ม 2)

	ตติยภูมิ(2018)		ทุติยภูมิ(2018)	ปฐมภูมิ
	ระยะวิกฤต	IMC	IMC	IMC + LTC
จำนวนเตียง	609	24	2	5
จำนวนวอร์ด	7	3		0
จำนวนผู้ป่วย				
(IPD)	50,208	N/A	-	0
(OPD)	646,458	N/A	18,605	N/A
(Outreach)		632	256	N/A
LOS				
Stroke	6.60	N/A	7.89	0
TBI	N/A	N/A	11	0
SCI	N/A	N/A	11.2	0
HR				
PM&R		1	1	0
RN		0	0	0
PT		10	1	1
OT		5	0	0
ST		1	0	0
HCV		N/A	167	186
CG		109	11	41

4.1.2 สถานการณ์ปัจจุบัน

4.1.2.1 ภาพรวม

จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (สสจ.) พบว่ามีประชากรทั้งหมดประมาณ 1,700,000 คนใน 25 อำเภอ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลระดับภูมิภาค 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 267 แห่ง และศูนย์บริการชุมชน 7 แห่ง นอกจากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แล้ว ยังมีโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 15 แห่ง จากผลการสัมภาษณ์ เชียงใหม่มีโรงพยาบาล 2 แห่งที่ให้การรักษาแบบวิกฤต คือ รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ และ รพ.นครพิงค์ หลังจากการรักษาแบบวิกฤตซึ่งโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ตามสิทธิการรักษาพยาบาลในพื้นที่ของตน

ในจังหวัดเชียงใหม่ การกระจายบริการทางการแพทย์แบ่งออกเป็น 4 เขต ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง เพื่อรองรับ IMC เฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลสารภี โรงพยาบาลฝาง โรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ให้บริการแบบ เตียง IMC ยกเว้นโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาซึ่งจัดตั้งหอผู้ป่วยIMC โดยเฉพาะที่มีศักยภาพสูงในการรักษาฟื้นฟูหลังจากได้รับ IMC ตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งปกติจะใช้เวลาสูงสุด 6 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลระยะยาว (LTC) ที่ รพ.สต. และ/หรือ ศูนย์บริการชุมชน 7 แห่ง หรือโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านตามเงื่อนไขสุขภาพและความมุ่งมั่นของทีมสหวิชาชีพที่โรงพยาบาลชุมชน

4.1.2.2 ในโครงการ S-TOP

โครงสร้างของหน่วยงานดำเนินงาน

ประกอบด้วย 2 โรงพยาบาลและสถานบริการทางสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ (โรงพยาบาลระยะวิกฤต) โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา, (โรงพยาบาลชุมชน) และ รพ.สต.ยางเนิ้ง, รพ.สต. ท่ากวาง, เทศบาลตำบลยางเนิ้ง

ความคิดริเริ่มของหน่วยงานดำเนินงาน วิธีดำเนินงานในโครงการ

คณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัดนำโดยสสจ. (ไม่มีคณะกรรมการ S-TOPประจำจังหวัด) การดำเนินงานโดยโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นหลักในการรับเข้า รักษาระยะวิกฤต ประเมิน IMC และส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลนครพิงค์ให้การรักษาผู้ป่วยระยะวิกฤตและเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (BI 11-15) โรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและทำการฟื้นฟูสมรรถภาพตาม OPD ที่ รพ.นครพิงค์ หรือส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ บริเวณที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางสะดวก

โรงพยาบาลที่รับส่งต่อประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแผนการดูแลและให้บริการ IMC แก่ผู้ป่วยตามลำดับ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน BI อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาหกเดือน หลังจากหกเดือน ผู้ที่มี BI มากกว่า 20 จะถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรม ในขณะที่ผู้ที่มี BI ต่ำกว่า 11จะถูกส่งไป

ยังโปรแกรม LTC เพื่อการฟื้นฟูต่อไป และผู้ที่มี BI อยู่ระหว่าง 11 – 19 จะได้รับการดูแลแบบการดูแลที่บ้าน (HHC)

ผลกระทบของโควิด 19

สถานการณ์โควิด 19 ทำให้พื้นที่ต้องปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและโรคระบาด การเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยนอก และบริการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์จะต้องถูกระงับหรือความถี่น้อยที่สุด การดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยทั่วไป ยังคงอยู่ในแผนตั้งแต่เริ่มแรก อย่างไรก็ตาม ด้วยการระบาดของ COVID-19 กิจกรรมบางอย่างอาจต้องเปลี่ยนรูปแบบ เช่น โปรแกรมการฝึกอบรม และเลื่อนออกไป

สิ่งอำนวยความสะดวก เวชภัณฑ์ หอผู้ป่วย/เตียง

สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ หอผู้ป่วย/เตียง. มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ให้ยืมภายใต้การดูแลของ รพ.สารภีบวรพัฒนา เช่น เตียงเป่าลม เครื่องดูดเสมหะ หรือเครื่องกำเนิดออกซิเจน

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย : ในพื้นที่ในเมืองและพื้นที่นอกเมือง

จังหวัดเชียงใหม่ ใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสามระดับ โดย โรงพยาบาลนครพิงค์ให้การดูแลระยะวิกฤต และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อผู้ป่วยที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และได้รับการประเมินว่าเข้าเกณฑ์การรักษาแบบ IMC ซึ่งมีระดับ BI น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป โดยโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือ รพ.สต. สำหรับการบริการ IPD/OPD IMC ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากการรักษาแบบ IMC ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) กรณีที่ผู้ป่วยมี ระดับ BI เท่ากับ 20 จะได้รับการจำหน่ายจากการรักษา (2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ (3) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

คุณสมบัติหลักของพื้นที่นำร่องที่นำไปส่งแต่ละเสาหลักสุขภาพ

1) การส่งมอบบริการ

ระบบบริการสุขภาพของเชียงใหม่ให้บริการ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เพื่อบรรเทาความแออัดของโรงพยาบาลนครพิงค์ บริการของ IMC จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน , รพ.สต. หรือศูนย์บริการชุมชน ในจังหวัดเชียงใหม่มีเตียงผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และมีบริการรถรับส่งและบริการส่งกลับในพื้นที่ในพื้นที่ที่มีศูนย์บริการชุมชน

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

ในจังหวัดเชียงใหม่มีบุคลากรด้านสุขภาพจำนวน 7,983 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 31,038 คนในจังหวัด มีการฝึกอบรมพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู PT และ OT ตลอดจน CM และ CG อย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงความสามารถและทักษะของบุคลากรเหล่านั้นสำหรับการดูแล IMC แบบไร้รอยต่อ

3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

จังหวัดเชียงใหม่ใช้โปรแกรม Thai COC เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาล และใช้แอปพลิเคชัน LINE และโปรแกรม Thai Refer เพื่อส่งต่อและสื่อสารกับรพ.สต. หรือ ศูนย์บริการชุมชน

4) การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี

มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ให้ยืมอุปกรณ์ เช่น เตียง เครื่องดูดเสมหะ เครื่องกำเนิดออกซิเจน เตียงเป่าลม อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย เช่น เครื่องกำเนิดออกซิเจน หรือเตียงเป่าลม

5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ

เชียงใหม่มีแหล่งเงินทุนและรับเงิน 3 แหล่ง ได้แก่ (1) วินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จาก สปสช. (2) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัดซึ่งเป็นกองทุนร่วมระหว่าง อบจ. และ สปสช. (3) กองทุนบริจาคจากกองทุนวัดและตำบล

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

จังหวัดเชียงใหม่มีคณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัด นอกจากนั้น เทศบาลและวัดมีความเป็นผู้นำในการจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟู อปท. และเทศบาล ได้จัดตั้งศูนย์เทศบาลตำบลและจ้างอาสาสมัครพยาบาลภายใต้งบประมาณเทศบาล เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสุขภาพ

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

ชุมชนและวัดได้เข้าร่วมทำงานกับโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในด้านของอาสาสมัครและการจ่ายเงินชดเชยผู้ดูแล (CG)เทศบาลได้มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการให้บริการขนส่ง (KERRY) ไปยังโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการชุมชนและระดมทุนในตำบลสำหรับผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยยากไร้

4.1.3 ความพยายามในโครงการ S-TOP (แนวปฏิบัติที่ดีและความท้าทาย)

4.1.3.1 การส่งมอบบริการ

โรงพยาบาลในจังหวัดได้ปรับปรุงการดำเนินงานของการบริการ IMC ช่องว่างความสามารถระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดยังมีความกังวลสำหรับการดำเนินงานต่อไปหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ แม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วย/เตียง IMC ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น แม้ว่าโรงพยาบาลระดับภูมิภาค/ทั่วไปจะมีความสามารถสูง แต่มีโรงพยาบาลเฉพาะทางเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ส่งต่อสำหรับ IMC

การให้บริการ IPD- IMC เนื่องจากตามเกณฑ์การรับผู้ป่วยในมีเงื่อนไขต้องให้ญาติมาเฝ้าด้วย ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ต้องการนอนโรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงปรับเงื่อนไขโดยมีการ Grand round และฝึกผู้ป่วยและญาติในด้านกิจกรรมการฟื้นฟูเพื่อให้สามารถไปดำเนินการเองที่บ้านได้เพื่อลดการ drop out จากโปรแกรมของผู้ป่วย

เพิ่มการบริการกายภาพบำบัดโดยให้ PT ไปให้บริการที่ รพ.สต ทำ OPD Rehabilitation ใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อลดค่าใช้จ่ายและความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาลใหญ่เนื่องจากการให้บริการ

รับ-ส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อทำการฟื้นฟูบางครั้งไม่เข้าเงื่อนไขการรับ-ส่งฟรีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมาเองและเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการฟื้นฟูแบบ OPD

4.1.3.2 บุคลากรด้านสุขภาพ

การดำเนินการเพื่อการปรับปรุงการให้บริการอาจถูกเลื่อนออกจากแผนเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งอาจไม่พร้อมที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วย/เตียง IMC เพื่อให้บริการเฉพาะทาง IMC เนื่องจากมีบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพที่จำกัด อุปกรณ์การฟื้นฟูไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉพาะทาง ปัจจัยเหล่านั้นยังส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมในจังหวัดด้วย อาจมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมจากการฝึกอบรมอย่างเข้มข้นไปจนถึงการฝึกอบรมภาคปฏิบัติเพื่อให้องค์กรเครือข่ายสนับสนุนการมีส่วนร่วม

การให้บริการ IMCในจังหวัดเชียงใหม่ถือว่ายังเป็น Service Plan ที่ใหม่มีการนำมาใช้อย่างจริงจังในช่วง 1-2 ปีนี้ ทำให้บุคลากรยังขาดความทักษะและความชำนาญในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วย ยกเว้นในพื้นที่นำร่องที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2560

ปัจจุบันได้มีการเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูไปที่โรงพยาบาล NODE ที่ โรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลจอมทอง

4.1.3.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ความไม่เสถียรของระบบข้อมูลส่งต่อที่มีอยู่ โรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาเป็นผู้นำในการใช้โปรแกรม Thai COC สำหรับระบบข้อมูลส่งต่อ โปรแกรม Thai COC ไม่ครอบคลุมบริการของเทศบาลและต้องนำแอปพลิเคชัน LINE เป็นเครื่องมือหลักในการส่งต่อผู้ป่วย และในปัจจุบันจังหวัดเชียงใหม่ได้มีการพัฒนาโปรแกรม CM IMC เพื่อใช้สำหรับการส่งต่อผู้ป่วย IMC และใช้งานในจังหวัดเชียงใหม่

4.1.3.4การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี

มีการให้ยืมอุปกรณ์จากศูนย์ยืมอุปกรณ์ที่จัดตั้งจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด จังหวัดเชียงใหม่มีแนวคิดในด้านเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีที่ควรจะมีเป็นมาตรฐานสำหรับการให้บริการ IMC ได้แก่ เครื่องช่วยการเคลื่อนย้ายตัว การพลิกตะแคงตัว bed mobility (สำหรับคนไข้ติดเตียงที่มี BI 0-5) เก้าอี้นั่งถ่าย อุปกรณ์ฝึกมือ อุปกรณ์การออกกำลังกายบนเตียง/ข้างเตียง (สำหรับคนไข้ที่เคลื่อนไหวได้ช้า) หรือ อุปกรณ์ที่ส่งเสริม ADL ถุงทราย (สำหรับผู้ป่วยที่ฝึกเดิน) ควรเพิ่มอุปกรณ์เหล่านี้ให้เป็นอุปกรณ์มาตรฐานสำหรับโรงพยาบาล

ควรมีการจัดทำการออกแบบเวชภัณฑ์เทคโนโลยีที่เป็นมาตรฐานในการให้บริการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีศักยภาพสามารถจัดซื้อไปดำเนินการเองที่บ้านได้ หรือ มีแบบปรับปรุงที่พักอาศัยให้เป็นแบบ Universal Design เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงบ้าน (กรณีที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้เอง)

4.1.3.5 กลไกการคลังด้านสุขภาพ

จังหวัดได้จัดทำบันทึกความเข้าใจสำหรับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัดระหว่าง อบจ. และ สปสช. อย่างไรก็ตาม การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุนนั้นไม่ได้ดำเนินการในระดับองค์กรระดับจังหวัด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกรอบนโยบายระดับชาติและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเข้มข้น

4.1.3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

ภาวะผู้นำโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนาในการสื่อสารกับวัดในการบริจาค (เพื่อลดความยากลำบากทางการเงินของโรงพยาบาล) และความเป็นผู้นำของโรงพยาบาลนครพิงค์ในการประสานงานกับเทศบาลในการสนับสนุนงบประมาณและบริการขนส่งผู้ป่วยที่ยากจน (เพื่อบรรเทาความยากลำบากในการเดินทางไปและกลับจากสถานพยาบาล)

4.1.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

1) มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากวัดในการระดมทุนเพื่อสนับสนุนการขาดแคลนการดำเนินงานของโรงพยาบาลสารภีบวรพัฒนา

2) การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างศูนย์บริการชุมชนให้บริการขนส่ง KERRY แก่ผู้ป่วย และจัดหากองทุนตำบลสำหรับผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยยากไร้

4.2 กรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13)

4.2.1 ข้อมูลทั่วไป

4.2.1.1 ภาพรวม

ข้อมูล	ระดับจังหวัด (2020)	โครงการ S-TOP (2019)*
จำนวนประชากร	5,701,394 *	426,911
จำนวนผู้สูงอายุ, อัตราส่วน	1,020,917:17.90% *	58,910: 15.16%
อัตราการตาย	ไม่ระบุ	-
อัตราการเกิน	ไม่ระบุ	-
จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิ (เอกชน)	45(2020)*	3(2018)
จำนวนโรงพยาบาลทุติยภูมิ (เอกชน)	XX(2020)*	1(2018)
จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิ (เอกชน)	128(2020)*	3(2018)
โรค 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด	โรคหัวใจ, โลหิตเป็นพิษ ปอดบวม	ปอดติดเชื้อ, เส้นเลือดสมองตีบ, ลำไส้ติดเชื้อ

4.2.1.2 โครงการ S-TOP 2019* (ฟอร์ม 2)

	ตติยภูมิ (2018)		ทุติยภูมิ (2018)	ปฐมภูมิ
	ระยะวิกฤต	IMC	IMC	IMC + LTC
จำนวนเตียง	162	12	ไม่ระบุ	0
จำนวนวอร์ด	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ		0
จำนวนผู้ป่วย			ไม่ระบุ	
(IPD)	10,745	ไม่ระบุ		0
(OPD)	338,025	581		154,744
(Outreach)				ไม่ระบุ
LOS			ไม่ระบุ	
Stroke	5-10	5-10		0
TBI	7-10	120		0
SCI	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ		0
HR				
PM&R		1		0
RN		3	1	0
PT		5	1	2
OT		1	0	0
ST		0	0	0
HCV		6	ไม่ระบุ	557
CG		ไม่ระบุ		ไม่ระบุ

4.2.2 สถานการณ์ปัจจุบัน

4.2.2.1 ภาพรวม

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ตั้งอยู่ในภาคกลาง สำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพในกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด 45 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาล 34 แห่งที่อยู่ในสังกัดของ สธ. และอีก 11 โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ประเด็นที่ท้าทายหลักของการให้บริการสุขภาพคือจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น การขยายตัวอย่างเข้มข้นของชุมชนเมืองในกรุงเทพฯ เมื่อเทียบกับความพร้อมของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพยังเป็นความท้าทายสำหรับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาการดำเนินการตามนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหานี้

จากการนำเสนอในที่ประชุม JCC เกี่ยวกับภาพรวมของการให้บริการด้านสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ผู้ให้บริการทางการแพทย์ในกรุงเทพมหานครมีความครอบคลุมสำหรับการรักษาพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิ กรุงเทพฯเป็นศูนย์กลางของนวัตกรรมทางการแพทย์และการถ่ายทอดเทคโนโลยี ระบบข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยใน 11 โรงพยาบาลภายใต้สังกัดของสำนักการแพทย์ และ ของ กทม. มีเสถียรภาพและเป็นที่ยอมรับในฐานะจุดแข็งของการให้บริการด้านสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมีขีดความสามารถในระดับสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ แต่สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานครยังอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากมีประชากรในเขตเมืองหนาแน่นมาก แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวนมากในกรุงเทพฯ ที่ให้การตรวจและรักษาขั้นสูง แต่จำนวนเตียงก็มีจำกัด บริการแบบไร้รอยต่อในกรุงเทพฯ เป็นบริการแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล,สำนักการแพทย์, กทม., สำนักงานเขต และกรมอนามัย สธ.

4.2.2.2 ในโครงการ S-TOP

โครงสร้างของหน่วยงานดำเนินงาน

ประกอบด้วย 7 โรงพยาบาลและสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ , โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศม์ , และ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน (โรงพยาบาลวิกฤต), ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขต 4, (โรงพยาบาลชุมชน), ศูนย์บริการสาธารณสุขหมายเลข 40, 48, 67.

ความคิดริเริ่มของหน่วยงานดำเนินงาน วิธีดำเนินงานในโครงการ

กรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัด (ไม่มีคณะกรรมการ S-TOP) การบริการทางการแพทย์ทำโดยโรงพยาบาลวิกฤตเป็นหลักในการรับผู้ป่วย การรักษาระยะวิกฤต การประเมิน IMC และการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลระยะวิกฤต ให้การรักษาผู้ป่วยระยะวิกฤตและเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (BI 11-15) โรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและทำการฟื้นฟูตาม OPD หรือส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลรองหรือศูนย์สุขภาพแล้วแต่พื้นที่ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางสะดวก โรงพยาบาลที่รับส่งต่อประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดทำแผนการดูแล และให้บริการ IMC แก่ผู้ป่วยตามลำดับ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน BI อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาหกเดือน หลังจากหกเดือน ผู้ที่มี

BI มากกว่า 20 จะถูกจำหน่ายจากโปรแกรม ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

ผลกระทบของโควิด 19

การให้บริการต้องถูกปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับการเว้นระยะห่างทางสังคมและมาตรการป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน และการให้บริการคนไข้นอก (OPD) ต้องหยุดหรือลดความถี่ลง มีการทำคลิป VDO สำหรับการฟื้นฟูและส่งไปยังผู้ป่วยและญาติสำหรับการฝึกผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ และมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

สิ่งอำนวยความสะดวก เวชภัณฑ์ หอผู้ป่วย/เตียง

สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ หอผู้ป่วย/เตียง. มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ให้ยืมภายใต้การดูแลของ รพ.ราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เช่น เตียงเป่าลม เครื่องดูดเสมหะ หรือเครื่องกำเนิดออกซิเจน

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย : ในพื้นที่ในเมืองและพื้นที่นอกเมือง

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสำหรับกรณีรุนแรงเริ่มตั้งแต่โรงพยาบาลระดับซุปเปอร์ตติยภูมิ ไปจนถึงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและ/หรือทุติยภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ในโครงการโดยให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในและโรคที่ซับซ้อน ภายหลังการรักษาระยะวิกฤต ผู้ป่วยจะได้รับ IMC เพื่อการฟื้นฟูที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังศูนย์บริการชุมชน หรือกลับบ้านพร้อมโปรแกรมการดูแลที่บ้าน หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม IMC ตามสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล รพ.ราชพิพัฒน์มีแผนขยายหอผู้ป่วย IMC ในปี 2564 โดยแล้วเสร็จ เปิดให้บริการในวันที่ 18 กรกฎาคม 2565

คุณสมบัติหลักของพื้นที่นำร่องที่นำไปส่งแต่ละเสาหลักสุขภาพ

1) การส่งมอบบริการ

ระบบบริการสุขภาพของกทม. ให้บริการ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เพื่อบรรเทาความแออัดของโรงพยาบาลตติยภูมิ บริการของ IMC จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) กทม.มีหอผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ

3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

กทม. ใช้โปรแกรม Bangkok e-Referral เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข

4) การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี

มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ให้ยืมอุปกรณ์ เช่น เตียง เครื่องดูดเสมหะ เครื่องกำเนิดออกซิเจน เตียงเป่าลม

5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ

ใช้การเบิกจ่ายจากสำนักหลักประกันสุขภาพ ในส่วนของผู้ป่วยใน (IPD) ซึ่งเป็นแนวทางของการรักษาโรคเฉียบพลัน โดยไม่ใช่แนวทางของการฟื้นฟู ทำให้เกิดการขาดทุนของโรงพยาบาลผู้ให้บริการ

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

เนื่องจากสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร มีหลากหลายสังกัด โดยไม่ขึ้นตรงต่อกัน จึงมีทิศทางการดำเนินงานด้าน Intermediate care ที่แตกต่างกัน จึงเป็นความท้าทายในการผลักดันเพื่อขับเคลื่อนงานด้าน Intermediate care ให้เกิดการให้บริการต่อประชาชนได้อย่างครอบคลุม

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

มีการจัดตั้ง Community IMC ในพื้นที่ของชุมชน เพื่อการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน

4.2.3 ความพยายามในโครงการ S-TOP (แนวปฏิบัติที่ดีและความท้าทาย)

4.2.3.1 การส่งมอบบริการ

สำหรับการดำเนินโครงการ S-TOP โรงพยาบาลในเครือข่ายได้พยายามปรับปรุง IMC ในการส่งมอบบริการโดยการพัฒนาโปรแกรม OPD-based สำหรับแผนการฟื้นฟูและการบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลโรงพยาบาลภายใต้สังกัดของ กทม. และ กระทรวงสาธารณสุข แตกต่างกัน

ความท้าทายในการให้บริการ IMC ของกทม.จะเป็นในเรื่องสิทธิการได้รับบริการของผู้ป่วย เนื่องจากมีข้อจำกัดในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพนอกเขตในการเข้ารับบริการ OPD และทำให้ผู้ป่วยต้องชำระเงินเอง และนี่อาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการ drop out จากการฟื้นฟู

4.2.3.2 บุคลากรด้านสุขภาพ

การดำเนินการเพื่อการปรับปรุงการให้บริการอาจถูกเลื่อนออกจากแผนเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งอาจไม่พร้อมที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วย IMC เพื่อให้บริการเฉพาะทาง IMC เนื่องจากมีบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพที่จำกัด อุปกรณ์การฟื้นฟูไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉพาะทาง ปัจจัยเหล่านั้นยังส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรม ในจังหวัดด้วย อาจมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมจากการฝึกอบรมอย่างเข้มข้นไปจนถึงการฝึกอบรมภาคปฏิบัติเพื่อให้องค์กรเครือข่ายสนับสนุนการมีส่วนร่วม กิจกรรม การพัฒนาบุคลากร มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะของบุคลากรทางการแพทย์

4.2.3.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ระบบส่งต่อในการบริการสุขภาพยังไม่สมบูรณ์และต้องปรับปรุง โดยได้ส่งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลเครือข่ายไปเข้ารับการอบรมด้านเทคนิค กิจกรรมในการปรับปรุงระบบข้อมูลส่งต่อระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและสำนักงานเขตทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชั่วคราวในกรุงเทพฯ และกลับบ้านเกิดชั่วคราวหลังจากได้รับ IMC ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดโปรแกรมเยี่ยม บันทึกข้อมูล แล้วส่งต่อไปยังสำนักงานเขตตามแผนที่วางไว้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการในกรุงเทพฯ มีความโดดเด่นในแง่ของความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่ ภายใต้

นโยบายริเริ่มคือ 'โครงการหนึ่งชุมชน หนึ่งสถานพยาบาล' (One Community , One Nursing Home) ซึ่งจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในขณะที่ชุมชนพบผู้ดูแล (CG) และสุขภาพ ที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ร่วมมือ จัดอบรม CG

4.2.3.4 การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และเทคโนโลยี

มีการพัฒนางานด้าน Telemedicine เพื่อการติดตามการฟื้นฟูต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากการฟื้นฟูในโรงพยาบาล โดยเป็น Platform เดียวกับการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

4.2.3.5 กลไกการคลังด้านสุขภาพ

มีการรวบรวมข้อมูล ด้านการเงินในผู้ป่วยแต่ละสิทธิและแต่ละราย เพื่อเป็นฐานข้อมูลนำเสนอต่อหน่วยงานภาครัฐที่เป็นผู้เบิกจ่าย

4.2.3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

เนื่องจากในกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลหลากหลายสังกัด ซึ่งไม่ขึ้นต่อกันในแง่การบังคับใช้นโยบาย จึงใช้การขับเคลื่อนงาน Intermediate care ผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเขตสุขภาพ 13 (กรุงเทพมหานคร) โดยใช้แนวทางมาตรฐานการจัดตั้งระบบ Intermediate care ซึ่งแบ่งเป็น level ต่างๆตามความเหมาะสมของบริบทของสถานพยาบาลต่างๆ และ มีการติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัด เพื่อบรรลุสู่ความสำเร็จของการขยายบริการให้ครอบคลุม

4.2.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

ขยายการจัดตั้ง Community IMC เพิ่มขึ้น ในชุมชนของเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เพื่อเป็นความสำเร็จใน sandbox model ซึ่งจะได้ผลักดันให้เกิดขึ้นในชุมชนทั่วพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ตามนโยบายผู้ว่าราชการจังหวัดกรุงเทพมหานครต่อไป

4.3 จังหวัดนนทบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)

4.3.1 ข้อมูลทั่วไป

4.3.1.1 ภาพรวม

ข้อมูล	ระดับจังหวัด (2021)	โครงการ S-TOP (2019)*
จำนวนประชากร	1,200,000	307,850
จำนวนผู้สูงอายุ, อัตราส่วน	665,909, 25.3%	41,627, 13.52%
อัตราการตาย	ไม่ระบุ	-
อัตราการเกิน	ไม่ระบุ	-
จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิ (เอกชน)	14 9(2021)	1
จำนวนโรงพยาบาลทุติยภูมิ (เอกชน)	6	2
จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิ (เอกชน)	76	4
โรค 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด	ไม่ระบุ	-

4.3.1.2 โครงการ S-TOP 2019* (ฟอร์ม 2)

	ตติยภูมิ		ทุติยภูมิ	ปฐมภูมิ
	ระยะวิกฤต	IMC	IMC	IMC + LTC
จำนวนเตียง	606		8	0
จำนวนวอร์ด		3		0
จำนวนผู้ป่วย				
(IPD)			2,617	
(OPD)			176,470	20
(Outreach)			1	84
LOS				
Stroke		5	12.19	0
TBI		10	3.2	0
SCI		30	4	0
HR				
PM&R		5	2	0
RN		N/A	2	1
PT		15	8	1
OT		1	0	0
ST		1	0	0
HCV		513	89	158
CG		0	32	85

4.3.2 สถานการณ์ปัจจุบัน

4.3.2.1 ภาพรวม

จังหวัดนนทบุรีตั้งอยู่ภาคกลางของประเทศไทย การดำเนินโครงการ S-TOP โดยรวมตั้งแต่เริ่มต้นการดำเนินโครงการอยู่ในระหว่างดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องยากภายใต้สถานการณ์การระบาดใหญ่ที่จะให้บริการเต็มรูปแบบ ในทางกลับกัน บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอในแง่ของปริมาณและคุณภาพ ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับการดำเนินโครงการเช่นกัน จุดแข็งของจังหวัดนนทบุรีในการให้บริการดูแลแบบไร้รอยต่อ ประการแรก คือ ความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในจังหวัด การดำเนินการด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมสำหรับการดูแลวิกฤต IMC และ LTC ต้องใช้ความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ได้ข้อมูลการส่งต่อที่รวดเร็วและถูกต้องเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและการดูแลทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ประการที่สอง ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล อบจ. และชุมชนท้องถิ่นเพื่อการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับการดูแลแบบไร้รอยต่อตามผลการสัมภาษณ์ หลังจาก IMC ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาให้ส่งต่อโปรแกรมการรักษาที่บ้านหรือศูนย์บริการชุมชน (ตามเขตอำเภอ) สำหรับการดูแลระยะยาวโดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาล , PTs และ CGs ปัจจุบันนนทบุรี มีศูนย์บริการชุมชน 42 แห่ง ณ เดือนมิถุนายน 2565

บริการการดูแลระยะวิกฤตมีใน A-Level, M-Level และ F-level ในจังหวัดมีระดับ A 14 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง โรงพยาบาลตติยภูมิมีมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เพราะโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลสถาบัน

การบริการ IMC แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ประการแรก IPD IMC จัดทำโดยแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ประการที่สองคือ OPD IMC ซึ่งผู้ป่วยจะถูกส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชน ,รพ.สต หรือ PCU ประการที่สาม ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายไปเป็นโปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามและประเมินสภาวะสุขภาพ ในระหว่างกระบวนการ IMC ทีมแพทย์จะประเมิน BI ทุก ๆ สองเดือน จนถึงสูงสุด 6 เดือนของโปรแกรมการฟื้นฟูเต็มรูปแบบ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายถ้า BI 100 คะแนนโดยไม่มีความบกพร่องอื่น ๆ ผู้ป่วยบางรายได้รับการลงทะเบียนใน LTC ที่ รพ.สต. ในกรณีที่คะแนน BI ต่ำกว่า 95 โดยมีความบกพร่องหลายอย่าง

4.3.2.2 ในโครงการ S-TOP

โครงสร้างของหน่วยงานดำเนินงาน

ประกอบด้วย 7 โรงพยาบาลและสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (โรงพยาบาลวิกฤต) รพ.บางบัวทอง1 รพ.บางบัวทอง2 (รพ.ท้องถิ่น) บางศรีทอง THPH, โรงกระจอม THPH, เทศบาลเมืองพิมลราช, บาง เทศบาลตำบลสีทอง (โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์บริการชุมชน)

ความคิดริเริ่มของหน่วยงานดำเนินงาน และวิธีการดำเนินโครงการ

คณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัดนำโดย สสจ. (ไม่มีคณะกรรมการ S-TOP) การบริการ IMC ในจังหวัดนนทบุรี เริ่มตั้งแต่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นโรงพยาบาลหลักทั่วไปสำหรับการรักษา

ระยะวิกฤต หลังจากการรักษาระยะวิกฤตเพื่อช่วยชีวิต 2-3 วัน โดยทั่วไป โรงพยาบาลจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน (บางบัวทอง 1) โรงพยาบาลบางบัวทอง 2 หรือโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆโรงพยาบาลที่รับส่งต่อหรือ PCU ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแผนการดูแลและให้บริการ IMC แก่ผู้ป่วยตามลำดับ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน BI ทุก 2 เดือนเป็นระยะเวลาหกเดือน หลังจากหกเดือน ผู้ที่มี BI มากกว่า 20 จะถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรม กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

ผลกระทบของโควิด 19

ได้มีปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและโรคระบาด การเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยนอก และบริการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จะต้องถูกระงับหรือความถี่น้อยที่สุด

ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการมาโรงพยาบาลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อ ทีมงาน IMC และ LTC ได้ปรับวิธีการดำเนินการ การสื่อสารออนไลน์ เช่น การสื่อสารทาง LINE หรือการสื่อสารทางโทรศัพท์มีการใช้บ่อย ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องใช้การปรึกษาทางไกลและการแพทย์ทางไกลในการให้บริการ

PCU ได้เปลี่ยนเป็นหอผู้ป่วย COVID-19 และต้องระงับการเยี่ยมบ้านในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ในปี 2020 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับ BI ฟื้นตัวน้อยลงในช่วงปี 2563 และ 2564 ไตรมาสแรก หลังจากใช้วัคซีนแล้ว การดำเนินงานกลับมาดำเนินการอีกครั้งในปี พ.ศ. 2565 การเยี่ยมบ้านกลับมาอีกครั้ง ทีมงานสหสาขาวิชาชีพจะทำการเยี่ยมชมบ้านเดือนละครั้งหรือสองครั้ง อาสาสมัครพยาบาลและ CG สามารถทำการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูที่บ้านได้เดือนละครั้งหรือสองครั้งต่อผู้ป่วยหนึ่งรายตามแผนการดูแล

สิ่งอำนวยความสะดวก เวชภัณฑ์ หอผู้ป่วย/เตียง

นนทบุรีมีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (ในเขตเมืองและนอกเขตเมือง)

มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย 2 ประเภทในจังหวัดนนทบุรี

1) ในเขตเมือง

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็น รพ.วิกฤตหลัก ให้บริการ OPD และเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าอาจส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อผู้ป่วยไปยัง PCU นอกจากนี้ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าอาจส่งต่อผู้ป่วยไปยัง PCU เพื่อการฟื้นฟูต่อไป

2) นอกเขตเมือง

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็น รพ.วิกฤตหลัก [1] ให้บริการ OPD และเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าอาจส่งผู้ป่วยไปที่ รพ.สต. และ รพ.สต. ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง PCU

คุณสมบัติสำคัญของพื้นที่นำร่องที่จะนำไปส่งเสาหลักสุขภาพแต่ละเสาหลัก

1) การส่งมอบบริการ

ระบบสุขภาพของจังหวัดนนทบุรีให้บริการ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เพื่อบรรเทาความแออัดของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า การให้บริการของ IMC จะถูกส่งไปยังศูนย์บริการชุมชนหรือ PCU สำหรับเขตเมือง และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนสำหรับเขตนอกเมือง

มีหอผู้ป่วย/เตียง IMC ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีรถรับส่งและบริการส่งกลับในพื้นที่

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

มีบุคลากรด้านสุขภาพจำนวน 6,544 คน และอาสาสมัครจำนวน 19,418คนในจังหวัด

3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

จังหวัดนนทบุรีใช้โปรแกรม Thai Refer และ Thai COC ในการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ได้มีการให้บริการให้บริการแพทย์ทางไกลและให้คำปรึกษาทางไกลโดยใช้แอปพลิเคชัน LINE เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย

4) การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี

มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ เช่นเตียงเป่าลม เครื่องดูดเสมหะ และเครื่องกำเนิดออกซิเจน

5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ

นนทบุรีมีเงินทุนจากสามแห่งได้แก่ (1) เงินจ่ายจาก สปสช. จากการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) (2) On-Top Payment จาก สปสช และ (3) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด ซึ่งเป็นกองทุนร่วมระหว่าง สปสช.และ อบจ.

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

มีคณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัด เทศบาลมีความเป็นผู้นำที่แข็งแกร่งในการเป็นผู้นำในการจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ อปท. และเทศบาล ตั้งศูนย์เทศบาลตำบลและจ้าง อาสาสมัครบริบาลตามงบประมาณ เทศบาล มาช่วยฟื้นฟู

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการทำงานกับ PCU ในแง่ของอาสาสมัครและการจ่ายเงินชดเชย CG บางชุมชนได้จัดทำบันทึกความเข้าใจร่วมกับโรงพยาบาลเพื่อจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟู

4.3.3 ความพยายามในโครงการ S-TOP (แนวปฏิบัติที่ดีและความท้าทาย)

4.3.3.1 การส่งมอบบริการ

1) การตั้งวอร์ดที่บ้านโดยใช้แผนที่การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการ IMC ที่บ้าน

2) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพในชุมชนโดยมีส่วนร่วมจากส่วนราชการส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการอื่น (การเคหะแห่งชาติ)

4.3.3.2 บุคลากรด้านสุขภาพ

4.3.3.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

4.3.3.4 การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(ยาและเวชภัณฑ์) และเทคโนโลยี

มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด

4.3.3.5 กลไกการคลังด้านสุขภาพ

จังหวัดมีการจัดทำ MOU โดยความร่วมมือของ อบจ. และ สปสช.ในการจัดตั้งกองทุนร่วมกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด

4.3.3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

1) การสร้างศูนย์บริการชุมชนในเทศบาล

2) การทำ MOU กับการเคหะแห่งชาติในการให้พื้นที่ดำเนินการศูนย์บริการในชุมชน

3) การมีภาวะผู้นำที่แข็งแกร่งของทีม สสจ.ในการจัดทำโครงการศูนย์บริการชุมชนและนำโครงการไปเสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัดนนทบุรีเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณ รวมถึงขอความร่วมมือและการสนับสนุนจากชุมชนและผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.3.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

1) การสร้างศูนย์บริการชุมชนในเทศบาล

2) การสร้างและฝึกอบรมอสม. และ CG เพื่อทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในชุมชนและศูนย์บริการชุมชน

4.4 จังหวัดชลบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)

4.4.1 ข้อมูลทั่วไป

4.4.1.1 ภาพรวม

ข้อมูล	ระดับจังหวัด (2020)	โครงการ S-TOP *
จำนวนประชากร	1,583,672 *	388,560
จำนวนผู้สูงอายุ, อัตราส่วน	199,567 ,12.60%*	58,910, 15.16%
อัตราการตาย	N/A	-
อัตราการเกิน	N/A	-
จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิ (เอกชน)	2(2020)*	2(2018)
จำนวนโรงพยาบาลทุติยภูมิ (เอกชน)	10(2020)*	2(2018)
จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิ (เอกชน)	128(2020)*	6(2018)
โรค 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด	หัวใจล้มเหลว, ชราภาพ, ภาวะโลหิตเป็นพิษ	-

4.4.1.2 โครงการ S-TOP 2019* (ฟอร์ม2)

	ตติยภูมิ(2018)		ทุติยภูมิ (2018)	ปฐมภูมิ
	ระยะวิกฤต	IMC	IMC	IMC + LTC
จำนวนเตียง	1200	24	2	5
จำนวนวอร์ด	N/A	5		0
จำนวนผู้ป่วย				
(IPD)	50,208	N/A	-	0
(OPD)	646,458	N/A	18,605	N/A
(Outreach)		N/A	256	N/A
LOS				
Stroke	14-28	28-42	7.89	0
TBI	N/A	N/A	11	0
SCI	N/A	N/A	11.2	0
HR				
PM&R		1		0
RN		3	1	0
PT		5	1	1
OT		1	0	0
ST		1	0	0
HCV		N/A	N/A	N/A
CG		N/A	N/A	N/A

4.4.2 สถานการณ์ปัจจุบัน

4.4.2.1 ภาพรวม

จังหวัดชลบุรีตั้งอยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย จากสถิติ สสจ.ชลบุรี จำนวนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในจังหวัดชลบุรี รวม 12,116 นาย ในทุกระดับปฏิบัติการ มีโรงพยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด 155 แห่ง ภายใต้สังกัดของ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลระดับภาค 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง ศูนย์สาธารณสุข 11 แห่ง และโรงพยาบาล 118 แห่ง

ตามการนำเสนอในที่ประชุม JCC โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลบางละมุงเป็นโรงพยาบาลระดับภูมิภาค/ทั่วไปที่ให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในและบริการฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองบาดเจ็บ และ ไขสันหลังบาดเจ็บ ในระยะวิกฤต หลังการรักษาระยะวิกฤต ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน BI ในกรณีที่ผล BI ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 15 โดยไม่มีความบกพร่องหลายส่วน ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านโดยทีมแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ จากโรงพยาบาลชุมชนจะคอยเฝ้าระวังอยู่เป็นประจำ ในกรณีที่ผลการประเมิน BI ต่ำกว่า 15 หรือสูงกว่า 15 โดยมีความบกพร่องหลายอย่าง ทีมสหวิชาชีพ จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนตามความสามารถและบริบทของโรงพยาบาล ตลอดจนการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว ระหว่าง IMC ทีมแพทย์จะทำการประเมิน BI ทุก ๆ 1-2 เดือนจนกระทั่งสิ้นสุด IMC (สูงสุด 6 เดือน) จากนั้นจะส่งต่อ LTC หรือ รพ.สต. หรือจำหน่ายกลับบ้าน

4.4.2.2 ในโครงการ S-TOP

โครงสร้างหน่วยงานดำเนินงาน

ประกอบด้วย 9 โรงพยาบาลและสถานพยาบาล โดยมี รพ.ชลบุรี และ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (โรงพยาบาลระยะวิกฤต), รพ.สัตหีบ KM10, โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม, (รพ.ชุมชน), รพ.สต, PCU พลูตาหลวง, รพ.สต.ห้วยใหญ่ , อบต.พลูตาหลวง , เทศบาลตำบลห้วยใหญ่

ความคิดริเริ่มของหน่วยงานดำเนินงานและวิธีการดำเนินโครงการคณะกรรมการIMC ประจำจังหวัดนำโดยสสจ. (ไม่มีคณะกรรมการ S-TOPประจำจังหวัด) การดำเนินงานโดยโรงพยาบาลระยะวิกฤตเป็นหลักในการรับเข้า รักษาระยะวิกฤต ประเมิน IMC และส่งต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (BI 11-15) โรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและทำการฟื้นฟูสมรรถภาพตาม OPD ที่ รพ.ระยะวิกฤตหรือส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ บริเวณที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางสะดวก

โรงพยาบาลที่รับส่งต่อประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแผนการดูแลและให้บริการ IMC แก่ผู้ป่วยตามลำดับ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน BI อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาหกเดือน หลังจากหกเดือน ผู้ที่มี BI มากกว่า 20 จะถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรม ในขณะที่ผู้ที่มี BI ต่ำกว่า 11จะถูกส่งไป

ยังโปรแกรม LTC เพื่อการฟื้นฟูต่อไป และผู้ที่มี BI อยู่ระหว่าง 11 – 19 จะได้รับการดูแลแบบการดูแลที่บ้าน (HHC)

ผลกระทบของโควิด 19

สถานการณ์โควิด 19 ทำให้พื้นที่ต้องปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและโรคระบาด การเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยนอก และบริการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์จะต้องถูกระงับหรือความถี่น้อยที่สุด การดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัด โดยทั่วไป ยังคงอยู่ในแผนตั้งแต่เริ่มแรก ด้วยการระบาดของ COVID-19 กิจกรรมบางอย่างอาจต้องเปลี่ยนรูปแบบ มีการใช้ คลิปวิดีโอ มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้คำปรึกษาทางไกล

สิ่งอำนวยความสะดวก เวชภัณฑ์ หอผู้ป่วย/เตียง

สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ หอผู้ป่วย/เตียง. มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ให้ยืม เช่น เตียงเป่าลม เครื่องดูดเสมหะ หรือเครื่องกำเนิดออกซิเจน

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย : ในพื้นที่ในเมืองและพื้นที่นอกเมือง

จังหวัดชลบุรี ใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสามระดับ โดย โรงพยาบาลระยะวิกฤตให้การดูแลระยะวิกฤต และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อผู้ป่วยที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และได้รับการประเมินว่าเข้าเกณฑ์การรักษาแบบ IMC ซึ่งมีระดับ BI มากกว่า หรือเท่ากับ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป โดยโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือ รพ.สต. สำหรับการบริการ IPD/OPD IMC ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากการรักษาแบบ IMC ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) กรณีที่ผู้ป่วยมี ระดับ BI เท่ากับ 20 จะได้รับการจำหน่ายจากการรักษา (2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ (3) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

คุณสมบัติหลักของพื้นที่นำร่องที่นำไปส่งแต่ละเสาหลักสุขภาพ

1) การส่งมอบบริการ

ระบบบริการสุขภาพของชลบุรีให้บริการ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เพื่อบรรเทาความแออัดของโรงพยาบาลหลัก บริการของ IMC จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน, รพ.สต. หรือศูนย์บริการชุมชน ในจังหวัดมีเตียงผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

ในจังหวัดชลบุรีมีบุคลากรด้านสุขภาพจำนวน 12,134 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 10,922 คนในจังหวัด มีการฝึกอบรมพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู PT และ OT ตลอดจน CM และ CG อย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงความสามารถและทักษะของบุคลากรเหล่านั้นสำหรับการดูแล IMC แบบไร้รอยต่อ

3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

จังหวัดชลบุรีใช้โปรแกรม SMART COC และ Thai Refer เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาล และใช้แอปพลิเคชัน LINE เพื่อสื่อสารกับรพ.สต. หรือ ศูนย์บริการชุมชน

4) การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี

มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ให้ยืมอุปกรณ์ เช่น เตียง เครื่องดูดเสมหะ เครื่องกำเนิดออกซิเจน เตียงเป่าลม อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย เช่น เครื่องกำเนิดออกซิเจน หรือเตียงเป่าลม

5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ

ชลบุรีมีแหล่งเงินทุนและรับเงิน 3 แหล่ง ได้แก่ (1) วินิจฉัยโรคร่วม (DRG) จาก สปสช. (2) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัดซึ่งเป็นกองทุนร่วมระหว่าง อบจ. และ สปสช. (3) เงินจ่ายเพิ่ม On-Top payment จาก สปสช.

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

จังหวัดชลบุรีมีคณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัด นอกจากนั้น เทศบาลและวัดมีความเป็นผู้นำในการจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟู อปท. และเทศบาล ได้จัดตั้งศูนย์เทศบาลตำบลและจ้างอาสา-สมัครพยาบาลภายใต้งบประมาณเทศบาล เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสุขภาพ

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

ชุมชนและวัดได้เข้าร่วมทำงานกับโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในด้านของอาสาสมัครและการจ่ายเงินชดเชยผู้ดูแล (CG) จากเทศบาล

4.4.3 ความพยายามในโครงการ S-TOP (แนวปฏิบัติที่ดีและความท้าทาย)

4.4.3.1 การส่งมอบบริการ

การดำเนินโครงการ S-TOP ในจังหวัดชลบุรีเมื่อเร็วๆ นี้มุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงการให้บริการของ IMC การปรับปรุงระบบข้อมูลการส่งต่อ และการมีส่วนร่วมและความร่วมมือที่มากขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวตลอดจนชุมชนท้องถิ่น โรงพยาบาลในเครือข่ายกำลังปรับปรุงความสามารถในการสนับสนุน IMC เป็นกรณี IPD และพัฒนาโปรแกรม IMC ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับชุมชน

4.4.3.2 บุคลากรด้านสุขภาพ

การดำเนินการเพื่อการปรับปรุงการให้บริการอาจถูกเลื่อนออกจากแผนเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งอาจไม่พร้อมที่จะจัดตั้งหอผู้ป่วย IMC เพื่อให้บริการเฉพาะทาง IMC เนื่องจากมีบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพที่จำกัด อุปกรณ์การฟื้นฟูไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉพาะทาง ปัจจัยเหล่านั้นยังส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาบุคากร ในจังหวัดด้วย อาจมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมจากการฝึกอบรมอย่างเข้มข้นไปจนถึงการฝึกอบรมภาคปฏิบัติเพื่อให้องค์กรเครือข่ายสนับสนุนการมีส่วนร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากรมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะของบุคลากรทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของการฟื้นฟูสมรรถภาพพยาบาลภายในเครือข่ายโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด

บุคลากรยังขาดองค์ความรู้ และทักษะวิชาชีพในการให้บริการ IMC สำหรับผู้สูงอายุและควรได้รับการส่งเสริมความรู้เพิ่มเติม นอกจากนั้น CG เป็นบุคลากรสำคัญมากและจำเป็นมากในการให้บริการ IMC สำหรับผู้สูงอายุ จึงควรมีการพิจารณาจัดให้เป็น CG อาชีพและมีค่าตอบแทนรายเดือน เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลมาอยู่ด้วยระหว่างนอนโรงพยาบาลจะไม่ชินและจะต้องการกลับบ้านทำให้การฟื้นฟูไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร นอกจากนั้นยังมีกรณีที่ผู้ป่วยถูกญาติทอดทิ้งทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลไปจนสิ้นอายุขัย ซึ่งในกรณีนี้จะเป็นภาระที่เพิ่มเติมของโรงพยาบาล

4.4.3.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ความไม่เสถียรของระบบข้อมูลส่งต่อที่มีอยู่ ไม่ครอบคลุมบริการของเทศบาลและต้องนำแอปพลิเคชัน LINE เป็นเครื่องมือหลักในการส่งต่อผู้ป่วย

ระบบการส่งต่อข้อมูล/การส่งตัวผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดเนื่องจากไม่ได้อยู่ในสังกัด สป. แต่อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์

4.4.3.4การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี

มีการให้ยืมอุปกรณ์จากศูนย์ยืมอุปกรณ์ที่จัดตั้งจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด การดำเนินโครงการโดยทั่วไปอยู่ในระหว่างดำเนินการ และกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลระดับภูมิภาค/ทั่วไปในจังหวัดชลบุรียังขาดความพร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉินตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม โครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมและห้องพักฟื้นที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย IMC ยังเป็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับการดำเนินการดูแลอย่างราบรื่นในจังหวัดชลบุรี

ควรมีเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการ IMC สำหรับผู้สูงอายุ เช่น เตียงผู้ป่วยแบบปรับระดับได้ (สามไก) ที่นอนป้องกันแผลกดทับ เจลหรือครีมป้องกันแผลกดทับ เก้าอี้นั่งถ่าย(สำหรับผู้ป่วยใช้ที่บ้าน) สายNTต่าง ๆ รองเท้าปลอดภัยที่มีสายรัดด้านหลังเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยืนหรือเดินได้อย่างมั่นคง รวมถึงรถวีลแชร์ การใช้อุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยีจะช่วยลดภาระของ CG ได้

4.1.3.5 กลไกการคลังด้านสุขภาพ

จังหวัดได้จัดทำบันทึกความเข้าใจสำหรับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัดระหว่าง อบจ. และ สปสช. อย่างไรก็ตาม การสร้างข้อมูลรายได้และต้นทุนนั้นไม่ได้ดำเนินการในระดับองค์กรระดับจังหวัด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกรอบนโยบายระดับชาติและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเข้มข้น การจัดสรรงบประมาณการให้บริการ IMC จาก สปสช. เป็นระบบ On-Top ซึ่งจัดสรรเงินสนับสนุนให้กับโรงพยาบาลต้นทาง (โรงพยาบาลระดับภูมิภาค/ทั่วไป) ด้วยอัตรา 1,000 บาทต่อเคสและโรงพยาบาลปลายทาง (โรงพยาบาลไอเอ็มซี) ด้วยเงิน 3,000 บาทต่อเคส อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ รพ.ชลบุรี รพ.สัตหีบ กม.10 รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุและอีก 5 รพ.ในเขตพื้นที่บริการสุขภาพ 6 ควรมีการจ่ายเงินเพิ่มเป็น 2,000 บาทต่อเคสสำหรับโรงพยาบาลต้นทาง และ 5,000 บาทต่อเคสสำหรับโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อให้ครอบคลุมค่าบริการตามจริงได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น ผู้ป่วย IPD-IMC ไม่สามารถรับค่าชดเชยสำหรับห้อง IPD ได้

4.4.3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

คณะกรรมการ IMC ของจังหวัดมีภาวะผู้นำในการเชิญชวน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมจัดตั้งศูนย์บริการชุมชน และมีแนวคิดริเริ่มในการจัดตั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ รวมถึงการเชิญชวนให้องค์การบริการส่วนจังหวัดทำบันทึกข้อตกลงกับ สปสช. ในการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสุขภาพประจำจังหวัด

4.4.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างศูนย์บริการชุมชน ให้บริการขนส่ง แก่ผู้ป่วย และจัดหากองทุนตำบลสำหรับผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยยากไร้

4.5 จังหวัดขอนแก่น (เขตสุขภาพที่ 7)

4.5.1 ข้อมูลทั่วไป

4.5.1.1 ภาพรวม

ข้อมูล	ระดับจังหวัด (2021)	โครงการ S-TOP *
จำนวนประชากร	1,802,872 (2021)*	307,850
จำนวนผู้สูงอายุ, อัตราส่วน	280,880 (2021) ,15.57% (2021)*	78,990, 14.36%
อัตราการตาย	N/A	-
อัตราการเกิน	N/A	-
จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิ (เอกชน)	8(2021)*(3)	1(2017)
จำนวนโรงพยาบาลทุติยภูมิ (เอกชน)	23(2021)*	2(2017)
จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิ (เอกชน)	255(2021)*	4(2017)
โรค 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด		-

4.5.1.2 โครงการ S-TOP 2019* (ฟอร์ม 2)

	ตติยภูมิ (2017)		ทุติยภูมิ (2021)	ปฐมภูมิ
	ระยะวิกฤต	IMC	IMC	IMC + LTC
จำนวนเตียง	1,000	24	6	5
จำนวนวอร์ด		3		0
จำนวนผู้ป่วย				
(IPD)	79,521	N/A	11,844	0
(OPD)	796,298	N/A	93,776	22,208
(Outreach)		618	166	593
LOS				
Stroke	4.04	4	7.89	0
TBI	8.16	5	11	0
SCI	10.57	90	11.2	0
HR				
PM&R		4	0	0
RN		2	1	0
PT		23	7	1
OT		4	1	0
ST		2	0	0
HCV		1071	2,078	303
CG		739	273	66

4.5.2 สถานการณ์ปัจจุบัน

4.5.2.1 ภาพรวม

จังหวัดขอนแก่นตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จากสถิติของ สสจ. ขอนแก่น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในจังหวัดคือ 76.1 ปี ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นภายใต้สังกัดของ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิภาค 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 25 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 248 แห่ง และศูนย์บริการชุมชน 7 แห่ง

บริการการดูแลระยะวิกฤตมีใน A-Level M-Level และ F-level มีระดับ A สองแห่งในจังหวัด (โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์) โรงพยาบาลทั่วไป 6 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน 23 แห่ง

บริการ IMC แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ประการแรก IPD IMC จัดทำโดยแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียงระดับกลาง รายที่ 2 คือ OPD IMC ซึ่งผู้ป่วยได้รับการส่งต่อผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลชุมชน ประการที่สาม ผู้ป่วยจะออกจากโปรแกรมรักษาที่บ้านด้วยการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามและประเมินสภาวะสุขภาพ ในระหว่างกระบวนการ IMC ทีมแพทย์จะประเมิน BI อย่างสม่ำเสมอจนถึงระยะเวลาสูงสุด 6 เดือนของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเต็มรูปแบบ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายถ้า BI 100 คะแนนโดยไม่มีความบกพร่องอื่น ๆ ผู้ป่วยบางรายได้รับการส่งต่อไปที่ LTC ที่ รพ.สต. ในกรณีที่คะแนน BI ต่ำกว่า 95 โดยมีความบกพร่องหลายอย่าง

4.5.2.2 ในโครงการ S-TOP

โครงสร้างของหน่วยงานดำเนินงาน

ประกอบด้วย 7 โรงพยาบาลและสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น (โรงพยาบาลวิกฤต), โรงพยาบาลขอนแก่น 2, โรงพยาบาลน้ำพอง (โรงพยาบาลชุมชน), รพ.สต. โคกสี, รพ.สต. บ้านกำบง, รพ.สต. หนองตูม, เทศบาลตำบลสะอาด, เทศบาลตำบลโคกสี, เทศบาลตำบลหนองตูม]

ความคิดริเริ่มของหน่วยงานดำเนินงาน และวิธีการดำเนินโครงการ

คณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัดนำโดย สสจ. (ไม่มีคณะกรรมการ S-TOP) การให้บริการในจังหวัดโดยหลักเป็นการให้บริการโดยโรงพยาบาลขอนแก่นในการรักษาพยาบาลในระยะวิกฤต การประเมิน IMC และการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่นให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและส่งต่อผู้ป่วยที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และได้รับการประเมินว่าเข้าเกณฑ์การรักษาแบบ IMC ซึ่งมีระดับ BI มากกว่า หรือเท่ากับ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป โดยโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย 19 แห่ง หรือ รพ.สต. สำหรับการบริการ IPD/OPD IMC ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากการรักษาแบบ IMC ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) กรณีที่ผู้ป่วยมี ระดับ BI เท่ากับ 20 จะได้รับการจำหน่ายจากการรักษา (2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ (3) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้วและมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

ผลกระทบของโควิด 19

ได้มีปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและโรคระบาด การเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยนอก และบริการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จะต้องถูกระงับหรือความถี่น้อยที่สุด

ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการมาโรงพยาบาลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อ ทีมงาน IMC และ LTC ได้ปรับวิธีการดำเนินการ การสื่อสารออนไลน์ เช่น การสื่อสารทาง LINE หรือการสื่อสารทางโทรศัพท์ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องใช้การปรึกษาทางไกลและการแพทย์ทางไกลในการให้บริการ

PCU ได้เปลี่ยนเป็นหอผู้ป่วย COVID-19 และต้องระงับการเยี่ยมบ้านในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ในปี 2020 ส่งผลให้ผู้ป่วย BI ฟื้นตัวน้อยลงในช่วงปี 2563 และ 2564 ไตรมาสแรก หลังจากใช้วัคซีนแล้ว การดำเนินงานกลับมาดำเนินการอีกครั้งในปี พ.ศ. 2565 การเยี่ยมบ้านกลับมาอีกครั้ง ทีมงานสหสาขาวิชาชีพจะทำการเยี่ยมชมบ้านเดือนละครั้งหรือสองครั้ง อาสาสมัครบริบาลและ CG สามารถทำการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูที่บ้านได้เดือนละครั้งหรือสองครั้งต่อผู้ป่วยหนึ่งรายตามแผนการดูแล

สิ่งอำนวยความสะดวก เวชภัณฑ์ หอผู้ป่วย/เตียง

มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลขอนแก่น

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (ในเขตเมืองและนอกเขตเมือง)

มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย 2 ประเภทในจังหวัด

โรงพยาบาลขอนแก่น[1,2] ใช้เส้นทางเดินผู้ป่วยสี่ระดับ โรงพยาบาลขอนแก่นให้การดูแลระยะวิกฤตและส่งต่อโรงพยาบาลระดับรอง โรงพยาบาลชุมชน หลังจากที่ผู้ป่วยมี BI 15 ผู้ป่วยจะออกจากโปรแกรมที่บ้านและรับการดูแล OPD IMC ที่ รพ.สต.หรือ ศูนย์บริการชุมชน

คุณสมบัติสำคัญของพื้นที่นำร่องที่จะนำไปส่งเสาหลักสุขภาพแต่ละเสาหลัก

1) การส่งมอบบริการ

ระบบสุขภาพของจังหวัดให้บริการ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เพื่อบรรเทาความแออัดของโรงพยาบาลขอนแก่น การให้บริการของ IMC จะถูกส่งไปยังศูนย์บริการชุมชนหรือ PCU สำหรับเขตเมือง และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนสำหรับเขตนอกเมือง

มีหอผู้ป่วย/เตียง IMC ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีรถรับส่งและบริการส่งกลับในพื้นที่

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

มีบุคลากรด้านสุขภาพจำนวน 6,755 คน และอาสาสมัครจำนวน 29,257 คนในจังหวัด

3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

โรงพยาบาลขอนแก่น ส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีโปรแกรมข้อมูลส่งต่อคือStroke @BI ซึ่งมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจึงได้วางแผนพัฒนาโปรแกรมข้อมูลส่งต่อเพื่อขยายไปสู่โรคอื่นๆ ด้วย ระบบการถ่ายโอนข้อมูลส่งต่อของผู้ป่วยโดยตรงเป็นผลให้การบริการด้านการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

4) การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และ เทคโนโลยี

มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์ เช่นเตียงเป่าลม เครื่องดูดเสมหะ และเครื่องกำเนิดออกซิเจน

5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ

ขอนแก่น มีเงินทุนจากสามแห่งได้แก่ (1) เงินจ่ายจาก สปสช. จากการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) (2) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด ซึ่งเป็นกองทุนร่วมระหว่าง สปสช. และ อบจ. (3) เงินบริจาค

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

มีคณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัด เทศบาลมีความเป็นผู้นำที่แข็งแกร่งในการเป็นผู้นำในการจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ อปท. และเทศบาล ตั้งศูนย์เทศบาลตำบล และจ้าง อาสาสมัครบริบาลตามงบประมาณ เทศบาล มาช่วยฟื้นฟู

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการทำงานกับ PCU ในแง่ของอาสาสมัครและการจ่ายเงินชดเชย CGs บางชุมชนได้จัดทำบันทึกความเข้าใจร่วมกับโรงพยาบาลเพื่อจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟู

4.5.3 ความพยายามในโครงการ S-TOP (แนวปฏิบัติที่ดีและความท้าทาย)

4.5.3.1 การส่งมอบบริการ

การตั้งวอร์ดที่บ้านโดยใช้แผนที่การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการ IMC ที่บ้านส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น สร้างความเสมอภาคในการรับบริการ

4.5.3.2 บุคลากรด้านสุขภาพ

ควรต้องมีการจัดทำโครงสร้างด้านบุคลากร IMC ขึ้นมาเป็นอีก 1 แผนก เนื่องจากปัจจุบันใช้ร่วมกับแผนกอื่น ทำให้จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น

4.5.3.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

โรงพยาบาลขอนแก่น ส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีโปรแกรมข้อมูลส่งต่อคือStroke @BI ซึ่งมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

4.5.3.4 การเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(ยาและเวชภัณฑ์) และเทคโนโลยี

มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด

4.5.3.5 กลไกการคลังด้านสุขภาพ

จังหวัดมีการจัดทำ MOU โดยความร่วมมือของ อบจ. และ สปสช.ในการจัดตั้งกองทุนร่วมกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด

4.5.3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

1) การสร้างศูนย์บริการชุมชนในเทศบาล

2) การทำ MOU กับการเคหะแห่งชาติในการให้พื้นที่ดำเนินการศูนย์บริการในชุมชน

4.5.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

1) การสร้างศูนย์บริการชุมชนในเทศบาล

2) การสร้างและฝึกอบรม อสม. และ CG เพื่อทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในชุมชนและศูนย์บริการชุมชน

4.6 จังหวัดนครราชสีมา (เขตสุขภาพที่ 9)

4.6.1 ข้อมูลทั่วไป

4.6.1.1 ภาพรวม

ข้อมูล	ระดับจังหวัด (2021)	โครงการ S-TOP (2021)*
จำนวนประชากร	2,633,203	133,812
จำนวนผู้สูงอายุ, อัตราส่วน	665,909, 25.3%	21,801, 16.3%
อัตราการตาย	0.83 (2018)	-
อัตราการเกิน	0.87 (2018)	-
จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิ (เอกชน)	1	1
จำนวนโรงพยาบาลทุติยภูมิ (เอกชน)	32	1
จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิ (เอกชน)	354	5
โรค 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด	โรคหลอดเลือดสมอง, โรคระบบประสาท, เลือดเป็นพิษ	-

4.6.1.2 โครงการ S-TOP* (ฟอร์ม 2)

	ตติยภูมิ(2018)		ทุติยภูมิ (2018)	ปฐมภูมิ
	Acute	IMC	IMC	IMC + LTC
จำนวนเตียง	1,300	12	N/A	0
จำนวนวอร์ด		1	N/A	0
จำนวนผู้ป่วย				
(IPD)	109,965	XXX	369	
(OPD)	1,233,131	XXXX	33.179	22,872
(Outreach)			0	N/A
LOS				
Stroke		7.96	5	0
TBI		13.28	19	0
SCI		7.44	N/A	0
HR				
PM&R		5	N/A	2
RN		1,323	N/A	12
PT		16	N/A	3
OT		4	N/A	0
ST		3	N/A	0
HCV		513	N/A	534
CG		0	N/A	28

4.6.2 สถานการณ์ปัจจุบัน

4.6.2.1 ภาพรวม

การให้บริการดูแลแบบไร้รอยต่อในจังหวัดนครราชสีมาเริ่มต้นจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาซึ่งสามารถให้การรักษาระยะวิกฤตและ IPD ระยะสั้นในทันทีสำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรง ทีมสหสาขาวิชาชีพแพทย์จะประเมิน BI ของผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลอย่างวิกฤต ในกรณีที่ระดับ BI สูงกว่าหรือเท่ากับ 75 โดยไม่มีระบบบกพร่องส่วนอื่น ๆ ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านผ่านการสนทนากับสมาชิกในครอบครัว โรงพยาบาลยังจัดให้มีโปรแกรมการติดตาม ติดตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม Thai COC ในกรณีที่ดัชนี BI ต่ำกว่า 75 โดยมีความบกพร่องหลายอย่าง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน [2] สำหรับ IMC

การให้บริการการดูแลระยะวิกฤตมีใน A-Level, M-Level และ F-level มีระดับ A ในจังหวัด (รพ.มหาราชนครราชสีมา) 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 32 แห่ง

บริการ IMC แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ประการแรก IPD IMC จัดทำโดยหอฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาหรือโรงพยาบาลหัวทะเลและโรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียง ประการที่สองคือ OPD IMC ซึ่งผู้ป่วยจะถูกส่งไปยังการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชน ประการที่สาม ผู้ป่วยจะออกจากโปรแกรมที่บ้านด้วยการเยี่ยมบ้านโดย ทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามและประเมินสภาวะสุขภาพ ในระหว่างกระบวนการ IMC ทีมแพทย์จะประเมิน BI ทุกเดือนจนถึงสูงสุด 6 เดือนของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเต็มรูปแบบ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายหาก BI 100 คะแนนโดยไม่มีความบกพร่อง ผู้ป่วยบางรายได้รับการส่งต่อไป LTC ที่ รพ.สต.ในกรณีที่คะแนน BI ต่ำกว่า 95 โดยมีความบกพร่องหลายอย่าง

4.6.2.2 ในโครงการ S-TOP

โครงสร้างองค์กรการดำเนินการ

- โรงพยาบาลและสถานพยาบาล 6 แห่ง

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (โรงพยาบาลวิกฤต)

* รพ.หัวทะเล (หอผู้ป่วยนอก รพ.มหาราชนครราชสีมา)

เทศบาลตำบลหัวทะเล

*Super PCU *ไม่รวมอยู่ในโครงการ

ความคิดริเริ่มขององค์กรดำเนินการ วิธีการดำเนินการโครงการ

คณะกรรมการส่วนจังหวัด IMC นำโดยสสจ. (ไม่มีคณะกรรมการ S-TOP)

ดำเนินการโดย รพ.มหาราชนครราชสีมา เป็นหลักในการรับผู้ป่วย การรักษาระยะวิกฤต การประเมิน IMC และการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ให้การรักษาผู้ป่วยระยะวิกฤตและเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (BI 11-19) โรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและขอให้ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ OPD ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาหรือส่งต่อ ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลระดับ PCU หรือ M แล้วแต่พื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางไปสะดวก

โรงพยาบาลที่ส่งต่อหรือ PCUs ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดทำแผนที่การดูแล/แผนการดูแล และให้บริการ IMC แก่ผู้ป่วยตามลำดับ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน BI ทุกเดือนเป็นระยะเวลาหกเดือน หลังจากหกเดือน ผู้ที่มี BI มากกว่า 20 จะถูกจำหน่ายจากโปรแกรม กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

ผลกระทบของโควิด-19

ปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมและมาตรการป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยนอก และบริการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จะต้องถูกระงับหรือความถี่น้อยที่สุด

ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการมาโรงพยาบาลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อ ทีม IMC และ LTC ได้ปรับวิธีการดำเนินการ การสื่อสารออนไลน์ เช่น การสื่อสารทางโทรศัพท์มีการใช้บ่อย ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องใช้การปรึกษาทางไกลและการแพทย์ทางไกลในการให้บริการ

PCU ได้เปลี่ยนเป็นหอผู้ป่วย COVID-19 และต้องระงับการเยี่ยมบ้านในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ในปี 2020 ส่งผลให้ผู้ป่วย BI ฟื้นตัวน้อยลงในช่วงปี 2563 และ 2564 ไตรมาสแรกหลังจากใช้วัคซีนแล้ว การดำเนินการจะกลับมาดำเนินการอีกครั้งในปี พ.ศ. 2565 ทีมงานสหสาขาวิชาชีพจะทำการเยี่ยมชมบ้านเดือนละครั้งหรือสองครั้ง อาสาสมัครพยาบาลและ CG สามารถทำการเยี่ยมบ้านและฟื้นฟูที่บ้านได้เดือนละครั้งหรือสองครั้งต่อผู้ป่วยหนึ่งรายตามแผนที่การดูแล

สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ วอร์ด/เตียง (เพียงพอหรือไม่) ใช้งานได้เต็มที่หรือไม่

สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ วอร์ด/เตียง มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ให้ยืมภายใต้การดูแลของ รพ.มหาราชนครราชสีมา และได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด โดย สปสช. และ อบจ. ตามการนำเสนอของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอ เช่น เตียง เครื่องกำเนิดออกซิเจน เตียงเป่าลม

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย: พื้นที่เมืองและนอกเมือง

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 2 ระบบเข้าในจังหวัดนครราชสีมา

1) ผู้ป่วยในเขตเมือง*

รพ.มหาราชนครราชสีมา เป็นรพ.ระยะวิกฤตหลัก ให้บริการหอไอเอ็มซี 12 เตียง มีหอผู้ป่วย OPD นอกโรงพยาบาล (โรงพยาบาลหัวทะเล) ให้บริการ OPD และบริการฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาอาจส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลเทพรัตน์ และโรงพยาบาลเทพรัตน์ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง PCU ของโรงพยาบาล นอกจากนี้ รพ.มหาราชนครราชสีมาอาจส่งต่อ PCU เช่นกันสำหรับการฟื้นฟูต่อไป

*คุณสมบัติอื่นที่ไม่ใช่โครงการ S-TOP

ในอำเภอเมืองมีโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถให้บริการ IPD ได้ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมายังหมายถึงโรงพยาบาลชุมชนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

2) ผู้ป่วยนอกเขตเมือง*

- ไม่มีโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในโครงการ S-TOP

*คุณสมบัติอื่นที่ไม่ใช่โครงการ S-TOP

สำหรับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเมือง โรงพยาบาลอำเภอ (M-Level) เป็นโรงพยาบาลหลักวิกฤตและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชน (เช่น โรงพยาบาลพิมาย) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือการไปเยี่ยมบ้าน

คุณสมบัติหลักของพื้นที่นำร่องที่นำไปสู่ Building Block แต่ละส่วน

1) การส่งมอบบริการสุขภาพ*

- ระบบสุขภาพของนครราชสีมาให้บริการ 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ เพื่อบรรเทาความแออัดของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา บริการของ IMC จะถูกส่งไปยัง PCU หรือ PCC สำหรับเขตเมือง และส่งไปยังโรงพยาบาลท้องถิ่นสำหรับเขตเมืองนอก

- มีหอผู้ป่วย/เตียง IMC ในโรงพยาบาลท้องถิ่นทุกแห่งมีรถรับส่งและบริการส่งต่อกลับในพื้นที่

*คุณสมบัติอื่นที่ไม่ใช่โครงการ S-TOP

- ซุปเปอร์ PCU

Super PCU เป็นคุณสมบัติหลักของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ให้บริการในชุมชนหรือสถานที่ที่สะดวกสบายสำหรับผู้ป่วยซึ่งช่วยลดความยากของผู้ป่วยในการเดินทางไปโรงพยาบาลและเชื่อมต่อกับบริการที่ไร้รอยต่อในบล็อกการส่งมอบบริการ

- ฟื้นฟูโดยคลินิกเอกชน

ทำสัญญากับคลินิกฟื้นฟูเอกชนและส่งต่อผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด ณ คลินิกนั้นใกล้ที่พักผู้ป่วยและคลินิกจะได้รับเงินจาก สปสช. ตามอัตราค่าบริการที่ตกลงกันไว้ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหา PT และ OT ที่ไม่เพียงพอในสถานพยาบาล

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

- มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9,802 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 28,723 คน ในจังหวัด

3) ระบบข้อมูลสุขภาพ

- นครราชสีมาใช้ Thai COC ในระบบส่งต่อ นอกจากนี้ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ได้มีการดำเนินการโทร-ปรึกษาและให้คำปรึกษาทางไกล โดยใช้แอปพลิเคชัน LINE เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย

4) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (ยาและอุปกรณ์) และเทคโนโลยี

- มีการให้ยืมอุปกรณ์ เช่น เตียง เครื่องดูดเสมหะ เครื่องกำเนิดออกซิเจน เตียงเป่าลม อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย เช่น เตียง เครื่องกำเนิดออกซิเจน หรือเตียงเป่าลม

5) กลไกการคลังระบบสุขภาพ

- นครราชสีมามีแหล่งเงินทุน 3 แหล่ง ได้แก่ (1) เงินกองทุน DRG จาก สปสช. (2) การจ่ายเงินเสริมจาก สปสช. (On-top Payment) และ (3) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัดจาก อบจ.

และ สปสช. ปัญหาของนครราชสีมาคือเรื่องความยากในการขอรับชำระเงิน มีข้อมูลหรือบันทึกให้กรอกมากมาย ดังนั้นบางกิจกรรมของ IMC จะไม่ได้ขอรับการเงินคืน

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

- มีคณะกรรมการ IMC ระดับจังหวัดและอำเภอ เสริมพลังทีมงาน IMC เทศบาลมีความเป็นผู้นำที่แข็งแกร่งในการเป็นผู้นำในการจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- อปท. และเทศบาล ตั้งศูนย์เทศบาลตำบลหัวทะเล และจ้าง อาสาสมัคร บริบาลภายใต้งบประมาณเทศบาล เพื่อช่วยในการฟื้นฟู

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

- ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการทำงานกับ PCU ในแง่ของอาสาสมัครและการจ่ายเงินชดเชย CG บางชุมชนได้จัดทำบันทึกความเข้าใจร่วมกับโรงพยาบาลเพื่อจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟู

4.6.3 ความพยายามใน S-TOP (แนวปฏิบัติที่ดีและความท้าทาย)

4.6.3.1 การส่งมอบบริการสุขภาพ

1) การตั้งวอร์ดที่บ้านโดยใช้แผนที่การดูแลโดยทีมวินัยเพื่อให้บริการ IMC ที่บ้าน

2) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพในชุมชน (พื้นที่สุข-ใจ-ใกล้บ้าน) โดยมีส่วนร่วมจากหน่วยงานในพื้นที่

4.6.3.2 บุคลากรด้านสุขภาพ

CG เป็นบุคลากรที่สำคัญในการให้บริการ IMC ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีความแน่นอนในเรื่องรายได้และเส้นทางอาชีพ จึงควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาในการจ้างงาน CG เพิ่มเติม

4.6.3.3 ระบบข้อมูลสุขภาพ

4.6.3.4 การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (ยาและอุปกรณ์) และเทคโนโลยี

มีการให้ยืมอุปกรณ์จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด

4.6.3.5 การจัดหาเงินทุนระบบสุขภาพ

จังหวัดได้จัดทำบันทึกความเข้าใจสำหรับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัดระหว่าง อบจ. และ สปสช.

4.6.3.6 ภาวะผู้นำและการกำกับดูแล

1) สร้างพันธมิตรกายภาพบำบัดในเขตเมืองกับเทศบาล

2) ทำ MOU กับคลินิกกายภาพบำบัดเอกชน โดยใช้แผนที่การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการ IMC ที่บ้าน

4.6.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

1) สร้างพันธมิตรในด้านการให้บริการกายภาพบำบัดในเขตเมืองกับเทศบาล

2) การสร้างและฝึกอบรมอาสาสมัครด้านสุขภาพและ CG เพื่อทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและศูนย์ชุมชน

4.7 สุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)

4.7.1 ข้อมูลทั่วไป

4.7.1.1 ภาพรวม

ข้อมูล	ระดับจังหวัด (2021)	โครงการ S-TOP (2021)*
จำนวนประชากร	1,072,464	212,824 *
จำนวนผู้สูงอายุ, อัตราส่วน	173,488, (16.18%)*	29722,(13.97%)*
อัตราการตาย	0.663%***	
อัตราการเกิน	0.927%***	
จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิ (เอกชน)	1(2022)** (4)	1*
จำนวนโรงพยาบาลทุติยภูมิ (เอกชน)	19(2022)** (4)	1*
จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิ (เอกชน)	167(2022)***	1*
โรค 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด	N/A	N/A

4.7.1.2 โครงการ S-TOP 2021* (ฟอร์ม 2)

	ตติยภูมิ(2018)		ทุติยภูมิ (2018)		ปฐมภูมิ
	ระยะวิกฤต	IMC	IMC	ระยะวิกฤต	IMC
จำนวนเตียง	104	4	30	4	0
จำนวนวอร์ด		1		-	-
จำนวนผู้ป่วย					
(IPD)	43,718		1,853		0
(OPD)	568,167		10,339		0
(Outreach)		140		9	24
LOS	3.72	11.13	N/A	2	N/A
Stroke	4.75	11.5	N/A	4.5	N/A
TBI	8.71	4.2	N/A	4	N/A
SCI					
HR					
PM&R		4		0	0
RN		5		4	0
PT		21		2	0
OT		4		0	0
ST		0		0	0
HCV		1529		2	104
CG		121		93	รวมในทุติยภูมิ

4.7.2 สถานการณ์ปัจจุบัน

4.7.2.1 ภาพรวม

จังหวัดสุราษฎร์ธานีตั้งอยู่ในภาพใต้ของประเทศไทย ตามข้อมูลของ สสจ. สุราษฎร์ธานี (2563) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐ มีจำนวน 5,450 คน และภาคเอกชน จำนวน 566 คน จำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในสังกัดของ สธ.มีจำนวน 219 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 19 แห่ง รพ.สต. 167 แห่ง นอกจากนั้น ยังมีโรงพยาบาลนอกสังกัด สธ. จำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดให้บริการ OPD ในอัตรา 2.85 เท่าต่อปีและ IPD ในอัตรา 4.44 วันโดยเฉลี่ย

4.7.2.2 โครงการ S-TOP

ประกอบด้วยโรงพยาบาล 4 แห่งและสถานพยาบาล

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (Acute Hospital)

โรงพยาบาลบ้านนาเดิม, รพ.สต. บ้านห้วยใหญ่, เทศบาลตำบลบ้านนาเดิม

จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีคณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัดโดยการนำของ สสจ. มีคณะกรรมการโครงการ S-TOP ประจำจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานมีการประชุมเป็นประจำทุกปี การให้บริการในจังหวัดโดยหลักเป็นการให้บริการโดยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีในการรักษาพยาบาลในระยะวิกฤต การประเมิน IMC และการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและส่งต่อผู้ป่วยที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และได้รับการประเมินว่าเข้าเกณฑ์การรักษาแบบ IMC ซึ่งมีระดับ BI น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป โดยโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย 19 แห่ง หรือ รพ.สต. สำหรับการบริการ IPD/OPD IMC ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากการรักษาแบบ IMC ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) กรณีที่ผู้ป่วยมี ระดับ BI เท่ากับ 20 จะได้รับการจำหน่ายจากการรักษา (2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ (3) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

ผลกระทบจาก COVID-19

การให้บริการถูกปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์การเว้นระยะห่างทางสังคมตามมาตรการป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน และ OPD และ outreach ต้องหยุดไปชั่วคราวหรือมีความถี่น้อยลง ผู้ป่วยบางรายไม่ประสงค์จะมารับการบริการที่โรงพยาบาลเพื่อต้องการลดความเสี่ยงในการติดโรค ทีม IMC [3] และ LTC [4] ต้องปรับวิธีการให้บริการ โดยการใช้การสื่อสารออนไลน์ เช่น การใช้ไลน์ หรือ โทรศัพท์ การกายภาพต้องดำเนินการด้วยวิธีให้คำปรึกษาทางไกล หรือ การแพทย์ทางไกล

ทีมสหวิชาชีพได้จัดทำคลิปวีดีโอในการสอนผู้ป่วยในเรื่องการทำกายภาพบำบัดที่บ้านและขอให้ผู้ป่วยส่งคลิปวีดีโอการฝึกทำกายภาพบำบัดของตนเองกลับมายังทีม เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถประเมินสถานะคนไข้และประเมินระดับ BI ได้

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เวชภัณฑ์

มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เช่น เครื่องทำออกซิเจน เตียงลม [1] และยังมีช่างกายอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อสร้างหรือซ่อมแซมกายอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลหลักในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

1) จากโรงพยาบาล ระยะวิกฤต ไป รพ.สต.

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลระยะวิกฤตหลัก ให้บริการวอร์ด IMC ward และการฟื้นฟูสุขภาพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจะส่งต่อผู้ป่วยที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และได้รับการประเมินว่าเข้าเกณฑ์การรักษาแบบ IMC ซึ่งมีระดับ BI น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ไปยัง รพ.สต. และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม SMART COC เพื่อรับการรักษาแบบ OPD และ การรักษาที่บ้าน ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากการรักษาแบบ IMC ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) กรณีที่ผู้ป่วยมี ระดับ BI เท่ากับ 20 จะได้รับการจำหน่ายจากการรักษา (2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ (3) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

2) จาก โรงพยาบาล ระยะวิกฤตไปโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลระยะเวิกฤตหลัก ให้บริการวอร์ด IMC และการฟื้นฟูสุขภาพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจะส่งต่อผู้ป่วยที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และได้รับการประเมินว่าเข้าเกณฑ์การรักษาแบบ IMC ซึ่งมีระดับ BI มากกว่า หรือเท่ากับ 15 และไม่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปไปยังโรงพยาบาลชุมชนและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม SMART COC เพื่อรับการรักษาแบบ IPD/ OPD อย่างต่อเนื่องผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายจากการรักษาแบบ IMC ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) กรณีที่ผู้ป่วยมี ระดับ BI เท่ากับ 20 จะได้รับการจำหน่ายจากการรักษา (2) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ (3) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

การดำเนินการที่สำคัญในเสาหลักสุขภาพ

1) การส่งมอบบริการ*

ระบบสุขภาพในจังหวัดสุราษฎร์ธานีดำเนินการในสามระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและ ตติยภูมิ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (ตติยภูมิ) การให้บริการ IMC ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน (ทุติยภูมิ) หรือ รพ.สต. (ปฐมภูมิ)

มี IMC วอร์ดในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ได้แก่ รพ. พุนพิน (12 เตียง), รพ. ท่าโรงช้าง (6 เตียง) รพ. กาญจนดิษฐ์ (6 เตียง) และมีแผนที่จะจัดทำ IMC วอร์ด เพิ่มใน รพ.เวียงสระ (6 เตียว) และ รพ. ไชยา (6 เตียง) นอกจากนั้นจะเป็น IMC bed ในโรงพยาบาลชุมชน (IMC bed=2 เตียง ยกเว้น รพ.

บ้านนาเดิมเป็น IMC bed =4 เตียง) มี รพ.สต.ทุกตำบลเพื่อให้บริการ OPD และ home visit และบางตำบลมีบริการ Day Care Center.

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

ในจังหวัดมีจำนวนบุคลากร 6,016 คนและมี อสม. จำนวน 19,285 คน

3) ระบบสารสนเทศสุขภาพ

จังหวัดสุราษฎร์ธานีใช้โปรแกรม SMART COC ในการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนั้น ระหว่าง COVID-19 การให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้คำปรึกษาทางไกล ได้ถูกนำมาใช้ผ่านโปรแกรมไลน์ในการสื่อสารกับผู้ป่วย

4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และเทคโนโลยี

มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และทุกโรงพยาบาลชุมชน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลม

5) ระบบกลไกการคลังด้านสุขภาพ

จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีแหล่งเงินทุน สามแห่ง (1) กรณีผู้ป่วยในได้จากการเบิกตาม DRGs จาก สปสช. (2) On-Top Payment จาก สปสช. (กรณี OPD และฟื้นฟูในชุมชน) และ (3) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด (กองทุนร่วมระหว่างอบจ. และ สปสช.) *** ข้อ 1 และ 2 เบิกตามเงื่อนไขเดียวกันทั่วประเทศ

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

มีคณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัด และระดับอำเภอ และมีการประชุมเป็นประจำ นอกจากนั้น เทศบาลมีภาวะผู้นำสูงในการจัดตั้งศูนย์บริการชุมชนในการฟื้นฟู

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการทำงานของศูนย์บริการชุมชน ในการจัดหา อสม. และการให้ค่าตอบแทน บางชุมชนได้ทำบันทึกข้อตกลงกับโรงพยาบาลเพื่อสร้างศูนย์ชุมชนสำหรับการฟื้นฟู

4.7.3 ความพยายามในโครงการ S-TOP (แนวปฏิบัติที่ดี และ ความท้าทาย)

4.7.3.1 การส่งมอบบริการ

1) มีส่วนงานฟื้นฟูสุขภาพที่หลากหลายในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เช่นการทำกายภาพบำบัด วารีบำบัด บำบัดด้วยไฟฟ้า กิจกรรมบำบัด การบำบัดทางการพูด และ cardio therapy

4.7.3.2 บุคลากรสุขภาพ

4.7.3.3 ระบบสารสนเทศสุขภาพ

ได้จัดทำระบบส่งต่อ SMART COC เพื่อใช้ในจังหวัด

4.7.3.4 การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และเทคโนโลยี

1) มีศูนย์ให้ยืมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์จากเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด

2) มีห้อง Independent Living Room (IL Room) ที่โรงพยาบาลบ้านนาเดิมในการฝึกผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจะกลับบ้านไปรักษาแบบ home visit

4.7.3.5 ระบบกลไกการคลังด้านสุขภาพ

จังหวัดได้มีการทำบันทึกข้อตกลงกับ สปสช. เพื่อจัดทำกองทุนร่วม กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัด

4.7.3.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

1) มี CG 2 คนทุกหมู่บ้านสำหรับการให้บริการ IMC และLTC โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ รพ.สต.

4.7.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

1) มีการจัดทำบันทึกข้อกลงระหว่าง โรงพยาบาลชุมชน และเทศบาลในการจัดตั้งศูนย์บริการชุมชน

4.8 จังหวัดภูเก็ต (เขตสุขภาพที่ 9)

4.8.1 ข้อมูลทั่วไป

4.8.1.1 ภาพรวม

ข้อมูล	ระดับจังหวัด (2021)	โครงการ S-TOP (2021)*
จำนวนประชากร	418,785	248,956
จำนวนผู้สูงอายุ, อัตราส่วน	51,452 : 12.29%	34,373, 13.80%
อัตราการตาย		-
อัตราการเกิด		-
จำนวนโรงพยาบาลตติยภูมิ	1	
จำนวนโรงพยาบาลทุติยภูมิ	3	3
จำนวนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลปฐมภูมิ	21	3
โรค 3 ลำดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด	ชราภาพ, โรคไม่ทราบสาเหตุ, หัวใจล้มเหลว	-

4.8.1.2 โครงการ S-TOP 2017* (ฟอร์ม 2)

	ตติยภูมิ(2018)		ทุติยภูมิ (2018)	ปฐมภูมิ
	ระยะวิกฤต	IMC	IMC	IMC + LTC
จำนวนเตียง	60	8	8	3
จำนวนวอร์ด	4	0	0	0
จำนวนผู้ป่วย				
(IPD)	26,593	9	29	0
(OPD)	383,575	64	27	
(Outreach)		43	80	
LOS				
Stroke	10.47	7	12.8	0
TBI	7.65	6	7	
SCI	17	15	0	
HR				
PM&R		3	1	0
RN		1	4	0
PT		25	11	2
OT		5	0	0
ST		1	0	0
HCV	1,019		100	
CG	9		25	

4.8.2 สถานการณ์ปัจจุบัน

4.8.2.1 ภาพรวม

ภูเก็ตเป็นเกาะที่ใหญ่ที่สุดของประเทศตั้งอยู่ทางภาคใต้ของประเทศไทย จากสถิติของ สสจ.ภูเก็ต จำนวนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในจังหวัดคือ 4,486 ในทุกระดับปฏิบัติการ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข 1,973 คน มีโรงพยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด 32 แห่ง ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิภาค 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง รพ.สต. 21 แห่ง และผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ อีก 4 แห่ง สำหรับสถานการณ์ด้านสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต

4.8.2.2 ในโครงการ S-TOP

โครงสร้างองค์กรการดำเนินการ

- 7 โรงพยาบาลและสถานพยาบาล

รพ.วชิระภูเก็ต (โรงพยาบาลวิกฤต)

รพ.ป่าตอง รพ.ถลาง รพ.ฉลอง (รพ.ชุมชน)

รพ.สต. เชิงทะเล รพ.สต. เกาะแก้ว ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองภูเก็ต

ความคิดริเริ่มขององค์กรดำเนินการ วิธีการดำเนินการโครงการ

- คณะกรรมการส่วนจังหวัด IMC นำโดย อพ. (ไม่มีคณะกรรมการ S-TOP)

- ดำเนินการโดย รพ.วชิระภูเก็ต เป็นหลักในการรับผู้ป่วย การรักษาแบบวิกฤต การประเมิน IMC และการส่งต่อผู้ป่วย รพ.วชิระภูเก็ต ให้การรักษาผู้ป่วยแบบวิกฤต

- โรงพยาบาลที่ส่งต่อประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแผนการดูแลและให้บริการ IMC แก่ผู้ป่วยตามลำดับ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน BI ทุกเดือนเป็นระยะเวลาหกเดือน หลังจากหกเดือน ผู้ที่มี BI มากกว่า 20 จะถูกจำหน่ายจากโปรแกรม ในขณะที่ผู้ที่มีระดับ BI 11-19 จะได้รับการติดตามที่บ้านโดยทีมฟื้นฟู และ (3) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ IMC ครบ 6 เดือนแล้ว และมีระดับ BI น้อยกว่า 11 ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังโครงการ LTC สำหรับการรักษาพยาบาลในระยะต่อไป

ผลกระทบของโควิด-19

- ปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับมาตรการ การเว้นระยะห่างทางสังคมและมาตรการป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน หอผู้ป่วยนอก และบริการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จะต้องถูกระงับหรือความถี่น้อยที่สุด

- ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการมาโรงพยาบาลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการติดเชื้อ ทีม IMC และ LTC ได้ปรับวิธีการดำเนินการ การสื่อสารออนไลน์ เช่น การสื่อสารทางโทรศัพท์มีการใช้บ่อย ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องใช้การปรึกษาทางไกลและการแพทย์ทางไกลในการให้บริการ

สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ วอร์ด/เตียง

- มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ให้ยืมภายใต้การดูแลของ อบจ.ภูเก็ต

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย: พื้นที่เมืองและนอกเมือง

- รพ.วชิระภูเก็ต โรงพยาบาลหลักวิกฤต ส่งต่อ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน สำหรับ IPD IMC และหลังจากค่า BI ของผู้ป่วยเท่ากับหรือมากกว่า 15 ผู้ป่วยจะส่งต่อไปยัง รพ.สต. (สำหรับเขตเมืองนอก) และไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองภูเก็ต (สำหรับเขตเมือง)

คุณสมบัติหลักของพื้นที่นำร่องที่นำไปสู่เสาหลักสุขภาพแต่ละเสาหลัก

1) การส่งมอบบริการสุขภาพ

- ระบบสุขภาพของจังหวัดภูเก็ตให้บริการใน 3 ระดับ ในสามระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต (ตติยภูมิ) การให้บริการ IMC ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน (ทุติยภูมิ) หรือ รพ.สต. (ปฐมภูมิ) ผู้ป่วยไอเอ็มซีและอัตราครองเตียงของจังหวัดภูเก็ตต่ำกว่า 70% เนื่องจากผู้ป่วยไม่เต็มใจเข้ารับบริการไอเอ็มซี

- มีหอผู้ป่วย/เตียง IMC ในโรงพยาบาลท้องถิ่นทุกแห่ง มีรถรับส่งและบริการส่งต่อกลับในพื้นที่

2) บุคลากรด้านสุขภาพ

- มีบุคลากรสาธารณสุข 4,486 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 1,973 คน ในจังหวัด อย่างไรก็ตาม พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังมีไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญ

3) ระบบข้อมูลสุขภาพ

- ภูเก็ตใช้ Thai Refer และ Thai COC ในระบบส่งต่อ นอกจากนี้ ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ได้มีการดำเนินการให้คำปรึกษาทางไกล โดยใช้แอปพลิเคชัน LINE เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย

4) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (ยาและอุปกรณ์) และเทคโนโลยี

- มีศูนย์แบ่งปันอุปกรณ์ เช่น เตียงเป่าลม เครื่องดูด และเครื่องกำเนิดออกซิเจน

5) การเงินระบบสุขภาพ

- ภูเก็ตมีแหล่งเงินทุนสามแหล่ง: (1) การจ่ายเงิน DRGs จาก สปสช. (2) การจ่ายเงินเพิ่มเติมจาก สปสช. (On-top Payment) และ (3) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประจำจังหวัดจาก อบจ. และ สปสช.

6) ภาวะผู้นำและการกำกับดูแล

- มีคณะกรรมการ IMC ประจำจังหวัด เทศบาลมีความเป็นผู้นำที่แข็งแกร่งในการเป็นผู้นำในการจัดตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

- ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในด้านของอาสาสมัครและการจ่ายเงินชดเชย CG

5. การทำวิจัย/สำรวจ

5.1 แนวคิด

5.1.1 ความเป็นมา

การให้บริการ IMC โดยความช่วยเหลือของ JICA ได้ดำเนินการในพื้นที่นำร่องแปดแห่งและพื้นที่ศักยภาพ 2 แห่งในโครงการ S-TOP โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อให้การบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความช่วยเหลือทางสังคมและการดำรงชีวิต และแก้ปัญหาที่มีอยู่ระหว่างการดำเนินโครงการผ่าน การวิเคราะห์สถานการณ์ที่ส่วนกลางและพื้นที่นำร่องและเพื่อพัฒนาแบบจำลองการดูแลแบบไร้รอยต่อของ IMC ที่พื้นที่นำร่องสำหรับการให้บริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความช่วยเหลือทางสังคมและการดำรงชีวิต

ดังนั้นจึงควรมีการสำรวจแนวทางการให้บริการระยะกลาง (IMC) ในประเทศไทย รวมถึงนโยบายที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงที่เกี่ยวข้อง องค์กรวิชาชีพ และโครงการคุ้มครองสุขภาพทางสังคม โดยเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พื้นที่นำร่องได้รับการอธิบายและทำความเข้าใจในบริบททั้งหมดและการตั้งค่าสำหรับบริการและการกำกับดูแลของ IMC ความรู้/ทักษะที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมและข้อมูลอื่นๆ จากโครงการ S-TOP ในพื้นที่นำร่องจะได้รับการประเมินเพื่อประเมินการนำไปใช้ ปัจจัยที่ประสบความสำเร็จ ตลอดจนความท้าทายในการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ และสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุการเปลี่ยนแปลงที่ดีที่สุดของบริการแบบไร้รอยต่อใน ระยะเวลาของ "หกเสาหลักสุขภาพ" ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

ศักยภาพ และ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงต่อความก้าวหน้าและประสิทธิผลของความพยายามในการนำ การให้บริการ IMC ไปปฏิบัติในมุมมองของผู้ให้บริการ มุมมองของผู้ซื้อ และมุมมองของผู้รับบริการควรได้รับการประเมิน งานวิจัยนี้จะรวบรวมรายละเอียดและความซับซ้อนของการแทรกแซงของการออกแบบ การปรับใช้ การป้อนข้อมูลและยุทธวิธี กระบวนการจึงขาดลักษณะที่แท้จริงของการแทรกแซง ตลอดจนปัจจัยสำคัญขององค์กรที่สำคัญสำหรับการจำลองแบบ

5.1.2 วัตถุประสงค์

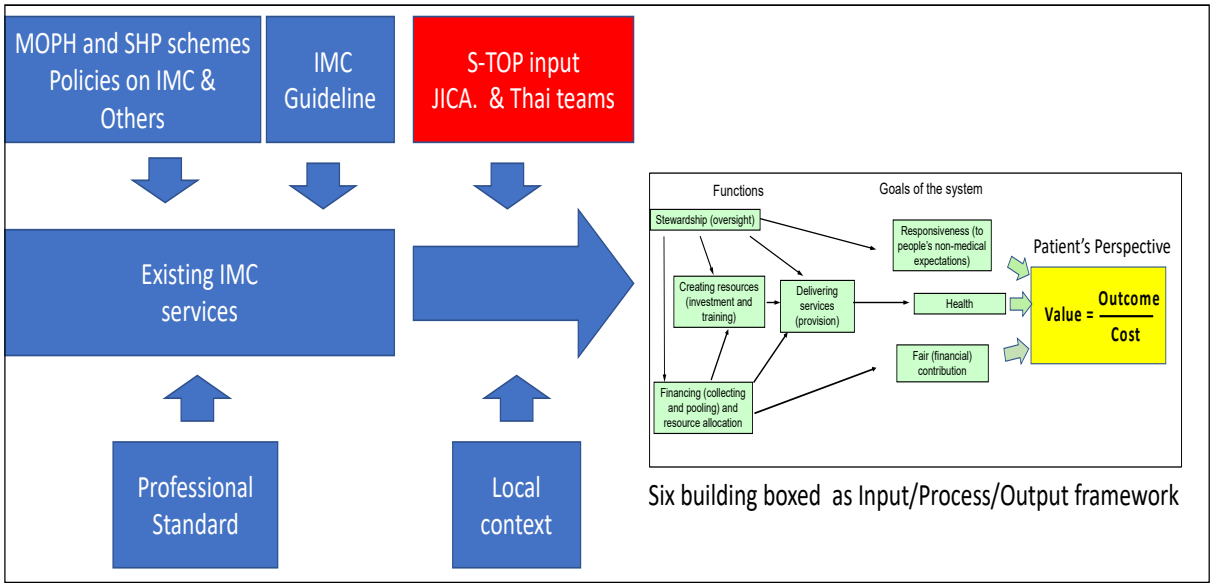
1) ประเมินการให้บริการ IMC ที่ไร้รอยต่อ รวมถึงการบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู และการสนับสนุนทางด้านสังคมและการดำรงชีวิตของโครงการ S-TOP ในพื้นที่นำร่องใน 8 จังหวัด
2) เปรียบเทียบต้นทุนและผลกระทบของการบริการ IMC ในพื้นที่นำร่องในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
3) สร้างกรณีศึกษาของพื้นที่นำร่องเพื่อทำความเข้าใจบริบทในชีวิตจริงสำหรับบทเรียนที่เรียนรู้

5.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการออกแบบและประเมินระบบการให้บริการด้านสุขภาพของไทย การจัดหาเงินทุนด้านการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคิดต้นทุนและกลไกการชำระเงินของผู้ให้บริการของมหาวิทยาลัยมหิดล

แนวทางเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณใช้สำหรับการศึกษาประเมินผลเชิงโครงสร้างโดยใช้กรอบแนวคิดดังที่แสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย



5.1.4 การดำเนินการวิจัย (ตามลำดับ)

1) การทบทวนวรรณกรรมของแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่เน้นการดูแลระยะกลาง (IMC) ในประเทศไทย
2) การศึกษาเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณค่าของการดูแล (คุณค่า = ผลลัพธ์ /ต้นทุน) เปรียบเทียบกับ IMC ในพื้นที่อื่น อย่างไรก็ตาม ค่าเสียโอกาสของผู้รับบริการไม่รวมอยู่ในการศึกษาวิจัยนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของกรอบเวลาและสถานการณ์โควิด-19 โดยข้อมูลของ IMC ประจำปีงบประมาณ 2565 ได้แก่ [1] ข้อมูลการขอเงินชดเชย DRG และบริการ IMC ของ สปสช. [2] ข้อมูลบริการ IMC ของพื้นที่นำร่อง และ [3] รายงานการบัญชีและสถิติซึ่งหน่วยบริการสุขภาพส่งไปยังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลควรได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงโดยทีมผู้เชี่ยวชาญและพื้นที่นำร่องในพื้นที่ บันทึกที่ไม่สมบูรณ์และ/หรือข้อผิดพลาดจะถูกแยกออกจากการศึกษาเชิงปริมาณ แต่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจผลของปัญหา

(1) ตัวแปรตาม (Outcome) คือการวัดการเปลี่ยนแปลงสถานะการทำงาน ซึ่งวัดจากผลลัพธ์ทางคลินิกที่ประเมินโดย Thai Modified Barthel Index (BI) ของโรคเป้าหมายทั้งสาม

(2) ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรทางประชากร ตัวแปรทางคลินิกทั้งทางร่างกายและจิตใจ กลุ่มโรค เช่น DRG และ SNAP หรือกลุ่มแบบผสมกรณีอื่นๆ

3) การศึกษาเชิงคุณภาพจะดำเนินการโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์นโยบาย (เป้าหมาย) การออกแบบ การใช้งาน การป้อนข้อมูล กระบวนการ ผลลัพธ์/ผลลัพธ์ โดยแต่ละหัวข้อจะถูกสำรวจเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของบริการ IMC ก่อนโครงการ S-TOP รวมถึงประสบการณ์จากโครงการ C-TOP, L-TOP พื้นที่นำร่องจะได้รับการประเมินความรู้และประสบการณ์จาก S-TOP ทั้งการฝึกอบรมในญี่ปุ่นและในประเทศไทย เหตุผลในการปรับเปลี่ยนการออกแบบ IMC การปรับใช้และการดำเนินการตามบริบทท้องถิ่นและนโยบายระดับชาติ ความสำเร็จ และความท้าทาย

4) รายละเอียดกิจกรรมของวิธีการเชิงปริมาณประกอบด้วย:

(1) เยี่ยมชมพื้นที่นำร่องใน 8 จังหวัด เพื่อทำความเข้าใจบริบทท้องถิ่น

(2) สัมภาษณ์เจาะลึก 5 ผู้มีส่วนได้เสียหลักในแต่ละจังหวัด ได้แก่

(3) การสนทนากลุ่มสองกลุ่มโดยมีพื้นที่นำร่องหนึ่งแห่งและอีกแห่งควบคุมในแต่ละจังหวัด

(4) สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยเพื่อรับประสบการณ์ผู้ป่วยในการใช้บริการ IMC ของพื้นที่นำร่อง

(5) สัมภาษณ์เจาะลึกผู้รับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญชาวไทย และผู้เชี่ยวชาญชาวญี่ปุ่นจาก JICA ที่เข้าร่วมโครงการ S-TOP

มาตรการในการรักษาประเด็นความเป็นส่วนตัวจะต้องนำไปใช้กับกิจกรรมการวิจัยทั้งหมดทั้งในส่วนเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

5) การประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับผลการศึกษา

6) สังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อเสนอแนะนโยบายในการออกแบบนโยบายและการดำเนินการ แนวปฏิบัติ และการใช้ทรัพยากร ซึ่ง จะนำไปสู่ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลระยะกลาง และให้ภาพการดูแลระยะกลางของพื้นที่นำร่องแต่ละแห่งภายใต้โครงการ S-TOP

7) จัดทำรายงานและส่งไปยังสำนักงาน S-TOP

5.2 ข้อค้นพบ/ผลการวิจัย

ผลลัพธ์ที่คาดหวังประกอบไปด้วย

1. กรณีศึกษาบทเรียนสำหรับการปรับปรุงบริการ IMC อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลพื้นที่นำร่องอย่างไร้รอยต่อและการขยายทั่วประเทศ

2. ต้นทุนบริการ IMC ในมุมมองของผู้ให้บริการและมุมมองของผู้ซื้อ

3. ข้อเสนอแนะนโยบายเกี่ยวกับบริการ IMC และต้นทุนบริการ

ผลการวิจัยคาดว่าจะแล้วเสร็จภายในเดือนพฤศจิกายน 2565

5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติจะทำทั้งการวิเคราะห์เชิงพรรณนาของการบริการในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน / ศูนย์สุขภาพ/ ระดับการดูแลที่บ้านและการวิเคราะห์เชิงวิเคราะห์

การวิเคราะห์เชิงปริมาณประกอบด้วยต้นทุนบริการ IMC ต่อครั้งและต่อครั้งของการดูแล (รวมค่าใช้จ่ายในหน่วยบริการสุขภาพและชุมชนต่างๆ จนถึงสิ้นสุด IMC) คำนวณโดยใช้เทคนิคอัตราส่วนค่าใช้จ่ายต่อการเรียกเก็บเงินจากข้อมูลการเรียกร้องของ สปสช. หรือเทคนิคการบัญชีต้นทุนแบบดั้งเดิม (ไมโคร -การคิดต้นทุน) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลจากพื้นที่นำร่อง.

- การขอรับชำระต้นทุนกู้คืนจากวิธีการชำระเงินวิธีต่างๆ จะถูกวิเคราะห์และเปรียบเทียบ ซึ่งรวมถึงวิธีการชำระเงินปัจจุบันโดยใช้ DRG และตารางค่าธรรมเนียมมาตรฐานสำหรับ IMC, SNAP และอื่นๆ

- การวิเคราะห์ความคุ้มค่า (เปอร์เซ็นต์ไทล์ของการปรับปรุง ADL / เปอร์เซ็นต์ของต้นทุนทั้งหมด) จะดำเนินการโดยกลุ่มทางคลินิกต่างๆ รวมถึง DRG และ SNAP มูลค่าของเงินที่ใช้สำหรับการแทรกแซง IMC เมื่อเทียบกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้รับ การศึกษานี้วิเคราะห์จากมุมมองของผู้ซื้อและมุมมองของผู้ให้บริการ ประสิทธิผลถูกวัดในรูปแบบของการหลีกเลี่ยงความทุพพลภาพ ช่วงเวลาของการวิเคราะห์คือหกเดือน ผลลัพธ์ทางคลินิกประเมินโดยใช้ Thai Modified Barthel Index (BI) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 คะแนน ได้แก่ ทุพพลภาพขั้นรุนแรง ทุพพลภาพระดับปานกลาง และไม่มีเลย หรือทุพพลภาพเพียงเล็กน้อย

การศึกษาเชิงคุณภาพจะดำเนินการโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์นโยบาย (เป้าหมาย) การออกแบบ การใช้งาน การป้อนข้อมูล กระบวนการ ผลลัพธ์/ผลลัพธ์ 1) การออกแบบและการใช้งานที่ไร้รอยต่อ 2) บริการ IMC แบบธรรมดา 3) ความคิดริเริ่มและการยอมรับเทคโนโลยีในบริการ Tele-IMC เพื่อตอบสนองต่อ COVID-19 4) การออกแบบและการปฏิบัติธรรมาภิบาลในสภาพแวดล้อมต่างๆ เช่นการรวมศูนย์การสั่งงาน (Command control) และการกระจายอำนายในการสั่งการ (Contract model) 5) การประสานงานการดูแลตามแนวคิดศูนย์ประชาชน 6) ระบบสารสนเทศแบบบูรณาการ และ 7) วิธีการชำระเงินที่เหมาะสม

5.4 การสรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยจะเสร็จสมบูรณ์ภายในเดือนพฤศจิกายน 2565

6. ข้อเสนอนโยบายแก่รัฐบาลไทย

6.1 การส่งมอบบริการด้านสุขภาพ

เป็นสิ่งสำคัญที่ควรจะมีการดำเนินงานในการให้บริการแบบไร้รอยต่อทางด้านการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือทางสังคมและการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care; IMC) รวมถึงการเชื่อมต่อกับการบริการดูแลระยะยาว (Long-term Care; LTC) แก่ผู้รับบริการที่กำลังรักษาพยาบาลและผู้รับบริการที่พ้นระยะรักษาพยาบาลแล้ว ซึ่งในการให้บริการเหล่านี้จำเป็นต้องมีการแบ่งหน้าที่และบทบาทระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น (Intensive Rehabilitation) และการดูแลระยะยาว นอกจากนี้โรงพยาบาลรัฐควรมีการพัฒนาในทุกประเด็นของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยมีพื้นฐานจากการรับรู้ว่าการให้บริการที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่เพียงพอ เนื่องจากมีข้อจำกัดและอุปสรรคหลายประการ

1) มาตรฐานการให้บริการ

1) - 1 จัดทำมาตรฐานการให้บริการดูแลระยะกลาง ในรูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะสม ได้แก่

- ผู้ป่วยนอก (OPD)
- ผู้ป่วยใน (IPD)
- ผู้ป่วยในชุมชน (Outreach)
- ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ทางไกล (Tele-medicine, Tele-health, Tele-rehabilitation)

นอกจากนี้ ควรมีการพิจารณาการเพิ่มกลุ่มโรคที่จำเป็นเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

1) - 2 กำหนดให้มีระบบการบริการดูแลระยะกลางในหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย ได้แก่ 1) โรงพยาบาลในทุกระดับ มีการให้บริการทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (โดยมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหรือเตียงผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน) และผู้ป่วยในชุมชน และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Day care center) มีการให้บริการ 2 รูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในชุมชนซึ่งรวมถึงการวางแผนการส่งต่อและการประเมินผลหลังให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ

1) - 3 เพื่อให้การบริการดูแลระยะกลางได้รับการกำหนดให้เป็นมาตรฐาน (ความจำเป็นขั้นต่ำที่สุด) และให้มีการจัดบริการเหล่านั้นในการรักษาโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), การบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic brain injury), การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury), และภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก (Fragility hip fracture) จำเป็นจะต้องมีแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline; CPG) ที่จัดทำขึ้นโดยราชวิทยาลัยฯ สมาคมวิชาชีพ หรือหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดบริการตาม

แนวทางเวชปฏิบัตินั้น โดยกำหนดให้มีการคัดกรอง การลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การให้บริการดูแลระยะกลางเป็นไปอย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาลทุกแห่ง

1) - 4 ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อจัดบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

1) - 5 สนับสนุนให้มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น (Intensive Rehabilitation) แบบผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยระยะกลางในช่วง Golden period (6 เดือน)

1) - 6 แบ่งเขตหรือโซนการให้บริการที่เหมาะสม โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลตติยภูมิทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาหรือผู้ให้บริการการดูแลสำหรับผู้รับบริการในพื้นที่ใกล้เคียง

2) การบริหารจัดการระบบบริการ

2) - 1 การบริการดูแลที่ไร้รอยต่อต้องคำนึงถึงมาตรฐานการบริการและทรัพยากรในท้องถิ่นด้วย

2) - 2 การบริการดูแลที่ไร้รอยต่อควรมีระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง จนเข้าสู่ระยะยาว โดยเฉพาะต้องมีการระบุมาตรฐานการดูแล มาตรฐานข้อมูล ระดับความรุนแรงของอาการ เพื่อให้กระบวนการส่งต่อเป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ รวมทั้งมีการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงาน/ผู้จัดการการดูแล IMC (IMC Manager) ประสานการทำงานระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้รับบริการระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง และระยะยาว ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

2) - 3 ในแต่ละระยะของการบริการดูแลที่ไร้รอยต่อ ต้องพัฒนาระบบบริการให้สามารถเข้าถึงง่าย เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจว่าจะสามารถเข้าถึงบริการที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับ

3) การสร้างระบบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนบริการ

3) - 1 ส่งเสริมการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน

3) - 2 พิจารณาการส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ

4) การสร้างการรับรู้และความตระหนักรู้ของประชาชน

4) - 1 ในประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศที่มีอายุขัยเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังคงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดีต่อไปได้ นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการเพิ่มความตระหนักรู้และความเข้าใจของผู้รับบริการและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความสำคัญของแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4) - 2 การเพิ่มการเข้าถึงและการพัฒนาความรู้ความเข้าใจต่อระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้นถือเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้รับบริการและครอบครัวเข้าใจในสถานการณ์ของพวกเขาและการดูแลที่พวกเขาจำเป็นต้องได้รับ

4) - 3 สร้างการรับรู้และความตระหนักรู้ของประชาชน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ ถึงบทบาทและหน้าที่ของทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อและ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

5) อื่น ๆ

5) - 1 กำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่เริ่มต้นการฟื้นฟู ระหว่างการฟื้นฟู และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบ เพื่อให้มีการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยภายใต้ข้อจำกัดของการบริการและบริบทของครอบครัว

5) - 2 พิจารณาการประเมินและส่งเสริมคุณภาพชีวิต (Quality of Life; QoL) ของผู้รับบริการและผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver) โดยใช้แบบแผนการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

5) - 3 ในการประเมินระบบการบริการดูแลระยะกลาง ควรมีการพิจารณาทั้งกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงาน

6.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

1) การแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพ

ส่งเสริมการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพโดยให้มีการทดแทนอย่างเพียงพอทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการให้บริการดูแลที่ไร้รอยต่อ ซึ่งรวมถึงการใช้กระบวนการความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ

อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือต้องสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาแทนที่การขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพ ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ

ปรับปรุงวิธีการสรรหาบุคลากรวิชาชีพให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น การจ้างงานจากนอกระบบราชการหรือการจ้างงานแบบรายคาบ รวมทั้งส่งเสริมการจ้างงานบุคลากรวิชาชีพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

2) การกำหนดลักษณะงาน ตำแหน่งงาน และจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม

พิจารณามาตรฐานของแต่ละบริการในระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ ด้วยการสำรวจ ศึกษา และทบทวนกรอบอัตรากำลังเกี่ยวกับลักษณะงาน ประเภทงาน ตำแหน่งงาน และ จำนวนของบุคลากรที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการพิจารณาการกระจายทรัพยากรทั่วประเทศโดยเฉพาะพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักกายภาพบำบัด และแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์กลไกของตำแหน่ง ความก้าวหน้าในอาชีพและระดับเงินเดือนที่สูงขึ้นอย่างรอบคอบ

ส่งเสริมให้บุคลากรวิชาชีพมีความผูกพันกับองค์กร ผ่านกลไกต่าง ๆ อาทิ การให้ค่าตอบแทน การสนับสนุนสวัสดิการที่เหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรวิชาชีพมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และคงอยู่ในระบบบริการอย่างยืนยาว

3) การฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพ: การพัฒนาคุณภาพ

ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในบริการดูแลที่ไร้รอยต่อ รวมถึงการใช้ความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาคุณภาพบุคลากรดังกล่าว

การพัฒนาศักยภาพและการฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญ โดยจำเป็นต้องมีการออกแบบการอบรมให้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด (เช่น ออนไลน์สำหรับหลักสูตรภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติสำหรับหลักสูตรภาคปฏิบัติ) รวมถึงอาสาสมัครด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Assistant) ตลอดจนจัดให้มีระบบติดตามการใช้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องหลังจากการฝึกอบรมเสร็จสิ้น

มีการพัฒนาศักยภาพและการฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพด้วยหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นและ/หรือระยะยาว เพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งจะเป็นหลักสูตรฝึกอบรมระยะกี่วันนั้นขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการบริการในระยะเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยอาจใช้โรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพทำหน้าที่เป็นศูนย์ฝึกอบรมให้กับบุคลากรวิชาชีพได้

สนับสนุนให้มีการจัดการองค์ความรู้ด้านการดูแลระยะกลางที่ไร้รอยต่อ

4) การฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพ: เพิ่มจำนวนของวิชาชีพต่าง ๆ

ส่งเสริมการเพิ่มจำนวนบุคลากรวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการบริการดูแลที่ไร้รอยต่อ ถึงแม้ว่าเพดานจำนวนข้าราชการในปัจจุบันนั้นจะไม่สามารถเพิ่มได้โดยง่าย แต่เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรวิชาชีพสามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเพียงพอ ควรมีการสนับสนุนให้เกิดการแก้ปัญหาดังกล่าวร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

การพัฒนาศักยภาพและการฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการผลิตบุคลากรวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถาบันอุดมศึกษา เช่น มหาวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ หรือสถาบันอาชีวศึกษา เพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรที่อยู่ในระบบการบริการดูแลที่ไร้รอยต่ออย่างเหมาะสม

5) การฝึกอบรมสำหรับอาสาสมัคร

อาสาสมัครมีบทบาทสำคัญในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครให้สามารถทำการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมืออาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้รับบริการในชุมชน รวมถึงมีการพัฒนาอาสาสมัครให้มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิ ความเป็นอยู่ที่ดี และการบริการทางด้านสังคมต่าง ๆ ของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามควรมีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครที่ให้บริการในชุมชนอย่างเหมาะสมตามลักษณะงานที่อาสมัครปฏิบัติ

6.3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

1) พัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพแบบบูรณาการ

1) - 1 พัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อให้กระบวนการให้บริการดูแลที่ไร้รอยต่อมีประสิทธิภาพ โดยที่ระบบควรประกอบไปด้วย ฐานข้อมูลในโรงพยาบาล ฐานข้อมูลรวมของประเทศ ระบบส่งต่อผู้รับบริการ ระบบการจ่ายเงินชดเชย และชุดข้อมูลสุขภาพมาตรฐาน โดยควรมีการจัดทำแผนแม่บทแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถควบคุมดูแลและจัดการระบบเป็นภาพรวมทั้งประเทศ

1) - 2 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพแบบบูรณาการควรเป็นระบบที่ใช้งานง่าย และสามารถวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำข้อสรุปและประเมินประสิทธิภาพของการจัดบริการดูแลได้

1) - 3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพแบบบูรณาการจำเป็นต้องมีการคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลเป็นสำคัญ โดยต้องมีการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลให้มีความปลอดภัยด้วยวิธีการที่เหมาะสม

1) - 4 ปรับปรุงระบบสารสนเทศด้านสุขภาพแบบบูรณาการผ่านวงจร PDCA เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพสูงสุดตามแต่สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

2) การแบ่งปันข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และอื่น ๆ

2) - 1 สร้างความมั่นใจในการใช้ระบบสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการให้บริการดูแลแบบไร้รอยต่อที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

2) - 2 ในการให้บริการดูแลที่ไร้รอยต่อ บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลจำเป็นต้องมีการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูล ตลอดจนการติดตามการรักษา โดยใช้ฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพชุดเดียวกันรวมถึงมีการแบ่งปันข้อมูลการรักษาที่จำเป็นให้กับผู้รับบริการ ญาติ และครอบครัว

2) - 3 จากประสบการณ์ในสถานการณ์ COVID-19 จะเห็นว่า นอกเหนือจากการจัดตั้งระบบสารสนเทศด้านสุขภาพแบบบูรณาการแล้ว การใช้ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record; PHR) ยังเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลได้อีกด้วย นอกจากนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการผ่านความร่วมมือแบบสหสาขาวิชาชีพ

2) - 4 ส่งเสริมนโยบายในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์, ผู้ดูแล, ผู้รับบริการ และครอบครัว เพื่อสร้างความร่วมมือในการร่วมดูแลที่ไร้รอยต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3) การใช้ระบบสุขภาพทางไกล Tele-health (Tele-medicine, Tele-health, Tele-rehabilitation)

3) – 1 ใช้ระบบสุขภาพทางไกล เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพใน พื้นที่ในการวางแผนการรักษาได้ ทีมสหสาขาวิชาชีพยังสามารถติดตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้กับทางอาสาสมัครหรือญาติ รวมทั้งความก้าวหน้าของผู้รับบริการที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล

4) การฝึกอบรม/การพัฒนาสื่อเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

4) - 1 ฝึกอบรมให้บุคลากรสหวิชาชีพสามารถใช้ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการพัฒนาสื่อสำหรับส่งเสริมให้เกิดการใช้งานสารสนเทศด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

6.4 การเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (ยาและเวชภัณฑ์) และเทคโนโลยี

1) รับรองให้มีการเข้าถึงหน่วยบริการทางการแพทย์

1) - 1 ให้ความสำคัญในการทำให้การดำเนินงานบริการดูแลระยะกลางเกิดขึ้นทั่วประเทศร่วมกับการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมที่ครอบคลุมแบบไร้รอยต่อสำหรับผู้รับบริการทั้งในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพและระยะหลังให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ส่งเสริมให้มีการจัดบริการดูแลระยะกลาง สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการ รวมถึงขยายขอบเขตของการบริการเพื่อให้ครอบคลุมภาวะเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนพิจารณาการจัดตั้งศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลระยะกลางในแต่ละเขตสุขภาพ

2) การจัดเตรียมยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเครื่องมือที่จำเป็น

2) - 1 ในการให้การบริการดูแลที่ไร้รอยต่อ จำเป็นต้องมีการจัดเตรียมยา อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

- กำหนดรายการยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้
- มีระบบการบริหารจัดการในการกระจายยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลตติยภูมิไปยังโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่าตามความจำเป็น
- จัดตั้งศูนย์ยืมคืนอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การจัดตั้งศูนย์ยืมคืนอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด
- สร้างระบบการเช่าอุปกรณ์หรือระบบร่วมจ่าย เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงอุปกรณ์ที่

จำเป็นอย่างทั่วถึง

- สนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการซ่อมอุปกรณ์ในระดับจังหวัดหรืออำเภอ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย
- สาธิตหรือฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้เกิดการใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงควรจัดทำสื่อเกี่ยวกับวิธีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้ผู้รับบริการหรือญาติสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติม
- มีการจำลองการใช้ชีวิตในบ้าน (Independent Living) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำกิจกรรมการใช้ชีวิตในบ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปใช้ชีวิตในบ้านและชุมชนของพวกเขาได้อย่างต่อเนื่อง
- ในส่วนของการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ภายนอกโรงพยาบาล เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อจัดหาหรือสนับสนุนการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้รับบริการโดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน
- สนับสนุนให้มีการผลิตอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพภายในประเทศเพื่อทดแทนการนำเข้า ตลอดจนสนับสนุนให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการพัฒนาอุปกรณ์สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อประหยัดงบประมาณในการนำเข้าอุปกรณ์ทางการแพทย์

6.5 กลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพ

1) การจัดทำงบประมาณ

1) - 1 กำหนดการจ่ายชดเชยค่าบริการที่เหมาะสมในการบริการดูแลระยะกลาง เป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชนให้ชัดเจน รวมถึงต้องมีการวิเคราะห์ต้นทุน (ทั้งแบบไปข้างหน้าและแบบย้อนหลัง) สำหรับบริการต่าง ๆ ที่ตรงตามเกณฑ์เหล่านั้น พร้อมกับมีการพัฒนาพื้นฐานทางทฤษฎีโดยแบ่งเป็น

- สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยใน ควรมีการสร้างและใชระบบ DRGs ที่มีความจำเพาะสำหรับการบริการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยที่รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้น โดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจนถึง 1 เดือน
- สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ควรมีการจ่ายชดเชยค่าบริการที่เหมาะสมสำหรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย การบริการทางด้าน

กายภาพบำบัด การบริการทางด้านกิจกรรมบำบัด และการบริการทางด้านการแก้ไขการพูด โดยมีจำนวนครั้งและความถี่ที่เหมาะสมอย่างน้อย 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ตลอดระยะเวลา 6 เดือน

- สำหรับการบริการในศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและบริการเยี่ยมบ้าน ควรมีการจ่ายชดเชยค่าบริการที่สนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่ายตลอดระยะเวลา 6 เดือน ทั้งการบริการในชุมชนและการเยี่ยมบ้าน เช่น การจ่ายชดเชยค่าบริการไปยังศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนโดยตรง โดยเป็นการจ่ายชดเชยค่าบริการทั้งการบริการในชุมชนและการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้รับบริการในทุกสิทธิ์การรักษา รวมถึงมีการจ่ายค่าตอบแทนบางส่วนให้อาสาสมัครด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของพื้นที่ได้

1) - 2 ควรมีการจ่ายชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกสิทธิ์การรักษา

1) - 3 ควรมีการใช้มาตรการด้านงบประมาณเพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมตามสภาวะของผู้รับบริการ ตลอดจนมีการจัดหายา อุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องมือ และการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่จำเป็น เพื่อการดูแล

2) การจัดหาแหล่งเงินทุนใหม่

2) - 1 จำเป็นต้องมีการสนับสนุนด้านงบประมาณที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ไม่เพียงจากทางรัฐบาลกลางเท่านั้น แต่รวมทั้งรัฐบาลท้องถิ่นด้วย ผ่านการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด โดย

- ส่งเสริมให้มีจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดให้ครบทั้ง 77 จังหวัด รวมทั้งส่งเสริมและติดตามให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนมีการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อรองรับการขยายตัวของบริการทั้งในปัจจุบันและอนาคต
- เพิ่มประสิทธิภาพกลไกการบริหารจัดการและการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนด เพื่อสนับสนุนให้เกิดบริการที่หลากหลายและคล่องตัว เช่น สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน คลังอุปกรณ์ชุมชน ศูนย์บริการซ่อมอุปกรณ์ การให้บริการปรับสภาพบ้าน รวมทั้งการจัดอบรมอาสาสมัครด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

2) - 2 เพื่อให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อแบบสมบูรณ์และยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งรวมถึงการให้บริการจากภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการพิจารณาสร้างระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการและค่าตอบแทนการบริการสำหรับบุคลากรวิชาชีพอย่างเหมาะสมเพื่อจูงใจในการให้บริการ รวมทั้งอาจมีการขอให้มีการร่วมจ่ายในบางรายการจากผู้รับบริการและบุคคลอื่นที่สามารถชำระค่าบริการได้

3) การสื่อสารนโยบายและกระบวนการพัฒนาประสิทธิภาพค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและกลไกการเงินการคลังที่เหมาะสม

3) - 1 ควรทบทวนระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการให้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และให้ครบวงจร ทั้งการป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) - 2 สร้างความเข้าใจในกลไกการเงินการคลัง โดยให้มีการชี้แจงนโยบายและกลไกการเงินการคลังของระบบการบริการดูแลระยะกลางให้ชัดเจนต่อหน่วยบริการและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้เกิดการรับรู้ของประชาชนและสังคม

4) อื่น ๆ

4) - 1 พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานเมื่อมีการจ่ายชดเชยค่าบริการในแต่ละประเภท เพื่อความโปร่งใส ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเมื่อมีการเบิกและจ่ายชดเชยค่าบริการตามข้อกำหนดบริการดูแลระยะกลาง

4) - 2 พิจารณาการจ่ายชดเชยค่าบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการให้บริการดูแลระยะกลางจากแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม เป็นต้น

6.6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

เพื่อให้การบริการดูแลที่ไร้รอยต่อเกิดความสำเร็จ จำเป็นต้องมีนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน โดยมีมาตรการในการดำเนินการทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น

1) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในส่วนกลาง

1) - 1 กำหนดนโยบายและกลยุทธ์โดยอิงจากบทบาทและอำนาจที่เกี่ยวกับการดูแลที่ไร้รอยต่อของกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เช่นเดียวกับการพัฒนากฎหมายและระเบียบให้สอดคล้องกับการดูแลที่ไร้รอยต่อ โดยบูรณาการความร่วมมือกับกระทรวงต่าง ๆ

1) - 2 จัดตั้งคณะกรรมการบูรณาการเพื่อการบริหารจัดการระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เป็นรูปธรรม

2) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในส่วนภูมิภาค/ท้องถิ่น

2) - 1 จัดตั้งคณะกรรมการบูรณาการเพื่อการบริหารจัดการระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานด้านการแบ่งปันข้อมูล ความรู้ และจัดการการดูแลที่ไร้รอยต่อในระดับท้องถิ่น ตลอดจนเป็นหน่วยงานกลางสำหรับการประสานงานระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) - 2 ผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่นจำเป็นต้องมีความเข้าใจการดูแลผู้รับบริการแบบไร้รอยต่อ

โดยเฉพาะท้องถิ่นที่มีการรับโอนย้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปแล้ว รวมทั้งจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่เหมาะสมและต่อเนื่องภายในชุมชนโดยให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ที่หลากหลาย การคมนาคมขนส่ง การเข้าถึงบริการต่าง ๆ วัฒนธรรมและความเชื่อ ภายในชุมชน ตลอดจนการกำกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรตามภาระงานอย่างเหมาะสม

6.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

1) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

1) - 1 ส่งเสริมให้เกิดระบบความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการบริการที่ไร้รอยต่อ โดยเฉพาะหน่วยงานในระดับนโยบาย อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศษฐกิจและสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาชน เช่น สำนักงานเหล่ากาชาด มูลนิธิต่าง ๆ สถาบันวิจัย ตลอดจนหน่วยงานอุดมศึกษา หรือหน่วยวิจัยเฉพาะทาง เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ฯลฯ

1) - 2 ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือภายนอกโรงพยาบาล เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ และอาสาสมัครในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการในชุมชน

2) ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจของผู้รับบริการ ครอบครัว และญาติเพื่อระบบที่ยั่งยืน

2) - 1 ส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้รับบริการ

2) - 2 สื่อสารให้ประชาชนรับรู้ถึงชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลระยะยาว ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับอาสาสมัครด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และโอกาสทางสังคม รวมทั้งสร้างช่องทางที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้

7. มาตรการดำเนินการ

7.1 ระบบสำหรับการดำเนินงานบริการสุขภาพและบริการสังคมที่ไร้รอยต่อ

หลังจากโครงการ S-TOP กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจะจัดตั้งหน่วยงานดำเนินการเช่น นำโดย) สมาชิกคณะทำงานในปัจจุบันเพื่อ (ดำเนินมาตรการตามข้อเสนอเชิงนโยบาย จนถึงปี พ .ศ.2573 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ครอบคลุมโดยข้อเสนอเชิงนโยบาย รัฐบาลไทยกับ JICA จะดำเนินการพัฒนาการดูแลที่ไร้รอยต่อ โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่หน่วยงานดำเนินการนี้

ในแต่ละจังหวัด คณะกรรมการ IMC และ หรือ คณะกรรมการ/S-TOP ซึ่งปัจจุบันมีบทบาทสำคัญ ในขณะที่ มีมุ่งเป้าที่จะตระหนักถึงข้อเสนอเชิงนโยบายโดยร่วมมือกับรัฐบาลส่วนกลาง

7.2 บทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ

เพื่อดำเนินมาตรการตามข้อเสนอนโยบายอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับรัฐบาลแห่งชาติ รัฐบาลท้องถิ่น สถาบันวิจัย สถาบันการแพทย์และการดำเนินธุรกิจที่จะร่วมมือกันและทำงานร่วมกันอย่างแข็งขันตามบทบาทของตน

7.2.1 บทบาทขององค์กรบริหารของรัฐบาลแห่งชาติที่ในการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ

รัฐบาลไทยมุ่งสร้างความมั่นคงและส่งเสริมมาตรการที่กำหนดไว้ในข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างบูรณาการ โดยยังคงประสานงานและให้ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีส่วนร่วมในโครงการ S-TOP ตลอดจนกระทรวงมหาดไทยที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับเทศบาล คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติที่ทำหน้าที่เป็นตำแหน่งบังคับบัญชาสำหรับประเด็นประชากรสูงอายุในประเทศไทย และกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

7.2.2 บทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ

รัฐบาลท้องถิ่นต้องวางแผน กำหนด และดำเนินมาตรการที่จำเป็นสำหรับชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างสังคมสุขภาพดีและอายุยืน ตามลักษณะและสภาพที่แท้จริงของเศรษฐกิจ สังคม และอุตสาหกรรมในท้องถิ่น ภายใต้การแบ่งบทบาท กับรัฐบาลกลางและหน่วยงานของรัฐบาลกลางในพื้นที่

7.2.3 บทบาทของสถาบันวิจัยในการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือ

เพื่อให้เป็นไปตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากมหาวิทยาลัย สถาบันวิจัย และองค์กรอื่น ๆ เพื่อการริเริ่มที่มีประสิทธิภาพ การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานในพื้นที่และการประเมินอย่างต่อเนื่อง

ในโครงการ S-TOP สถาบันวิจัย เช่น สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้เข้าร่วมเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ และยังมีนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้ช่วยจัดทำ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอีกด้วย

ในขณะที่บางส่วนของโครงการประสบความสำเร็จในความพยายามผ่านทางการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัย รัฐบาลไทยจะยังคงพยายามที่จะส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือระหว่างกัน

นอกจากนี้ในรัฐบาลจะทำการส่งเสริมในสถาบันอุดมศึกษา โดยได้รับความร่วมมือจากกระทรวงศึกษาธิการ พัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพและสังคมที่ไร้รอยต่อ ขณะที่ประชากรของประเทศไทยยังคงสูงวัยอย่างรวดเร็ว

7.2.4 การเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือกับสถาบันทางการแพทย์และการดำเนินธุรกิจ

เพื่อให้มั่นใจถึงบริการสุขภาพและสังคมที่ไร้รอยต่อ ต้องใช้มาตรการต่าง ๆ ไม่เฉพาะกับสถาบันทางการแพทย์ภายใต้เขตอำนาจของรัฐบาลกลางเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความร่วมมือของสถาบันทางการแพทย์ภายใต้เขตอำนาจของรัฐบาลท้องถิ่นและสถาบันทางการแพทย์เอกชนด้วย

กระทรวงสาธารณสุขจะสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ย้ายไปสังกัดรัฐบาลท้องถิ่นโดยร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้ความร่วมมืออย่างใกล้ชิดสามารถดำเนินต่อไปได้หลังจากการย้าย

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขจะทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาแนวทางในการลดภาระด้านเงินทุนจากวัด ฯลฯ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลกำลังดำเนินการด้วยตนเอง

7.3 การดำเนินมาตรการตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้ตระหนักถึงมาตรการต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รัฐบาลจะส่งเสริมมาตรการดังต่อไปนี้

7.3.1 หน่วยงานดำเนินการและมาตรการทางกฎหมายและการเงินที่จำเป็น

เพื่อให้การดำเนินการตามมาตรการที่ระบุไว้ในข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเพื่อส่งเสริมกิจกรรมขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจำเป็นสำหรับการส่งเสริมมาตรการเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง รัฐบาลจะพยายามใช้มาตรการด้านกฎหมาย การเงิน และอื่นๆ ที่จำเป็น ในขณะที่ปฏิบัติตามแผนและยุทธศาสตร์ชาติ

หน่วยงานที่ดำเนินการ เพื่อดำเนินการ (เช่น นำโดยคณะทำงานปัจจุบัน)ตามมาตรการตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จะยังคงแบ่งปันข้อมูลระหว่างกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มั่นใจถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมที่ไร้รอยต่อ นอกจากนี้รัฐบาลจะพยายามดำเนินมาตรการที่จำเป็นไม่เพียงแต่เพื่อให้บริการทางการแพทย์ การฟื้นฟู และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ยังปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิต รวมถึงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยด้วย

7.3.2 การขยายรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาทั่วประเทศและกิจกรรมประชาสัมพันธ์ในต่างประเทศ

เป้าหมายของโครงการ S-TOP คือ "รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาแล้วในโครงการถูกนำไปใช้ทั่ว

ประเทศการใช้ข้อเสนอนโยบายที่รวบรวมโดยสมาชิกของทีมร่างและทีมวิจัยเป็นหลัก รัฐบาลไทยจะ " ดำเนินการตามขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าข้อเสนอนโยบายเหล่านี้จะดำเนินการทั่วประเทศ

นอกจากนี้ ชุดโครงการ “X”TOP ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ .ศ.2550 ได้รับความร่วมมือจาก JICA เพื่อมุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาประชากรสูงอายุของประเทศไทย จะสิ้นสุดด้วยโครงการ S-TOP นี้ ความคิดริเริ่มในประเทศไทยไม่เพียงแต่ใช้ได้กับประเทศในอาเซียนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกด้วย เราจะเผยแพร่ความพยายามของเราในประเทศไทยต่อไปทั่วโลกด้วยความร่วมมือของสมาชิกชุดโครงการ “X”TOP, JICA, ศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงวัยอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ACAI) เป็นต้น

7.3.3 การดำเนินการ PDCA ของแต่ละกระทรวงร่วมกับหน่วยงานดำเนินการ

การจัดการความคืบหน้าภายใต้วงจร PDCA ดำเนินการโดยแต่ละกระทรวงที่มีการตั้ง KPI ฯลฯ และความพยายามในการตระหนักถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจะได้รับการติดตามในขณะที่ยังใช้เวทีของหน่วยงานดำเนินการในการติดตาม ประสิทธิผลและประสิทธิภาพของมาตรการจะได้รับการตรวจสอบตามหลักฐาน และหากจำเป็น กระทรวงต่าง ๆ จะตรวจสอบการดำเนินการตามผลการตรวจสอบเหล่านี้

7.3.4 การประเมินและการเผยแพร่โครงการ

การประเมินโครงการโดยทั่วไปจะดำเนินการเป็นเวลา 3- 5ปี)พ .ศ.2568-2570) หลังจากเสร็จสิ้นโครงการโดยทีมร่วมของ JICA และรัฐบาลไทยและโดยหลักการแล้วจะเปิดเผยต่อสาธารณชน เป้าหมายโดยรวมของโครงการ โครงการของรัฐบาลเพื่อส่งเสริมรูปแบบที่พัฒนาแล้วจะ“ดำเนินการที่ 13 พื้นที่” จะต้องประสบความสำเร็จในเวลานั้น

นอกจากนี้ จากผลการประเมินโครงการ กระทรวงต่าง ๆ จะต้องทบทวนเนื้อหาของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและพิจารณาการดำเนินมาตรการตามการทบทวนตามความจำเป็น

7.3.5 การทบทวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการการดำเนินงานตาม PDCA และการประเมินโครงการ

กระทรวงต่าง ๆ จะดำเนินการตามวงจร PDCA ที่อธิบายไว้ข้างต้นโดยละเอียดและหลังจากการประเมินโครงการ ในขณะที่นำผลการประเมินมาพิจารณา จะทำงานอย่างเข้มข้นเพื่อให้ตระหนักถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายภายในปี พ .ศ.2573 ซึ่งเป็นปีที่ประมาณการอัตราผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปของประเทศไทยจะเท่ากับ 19.6% ซึ่งเป็นอัตราที่ *“UN World population Ageing 2019”* สูงกว่า 17.4% ในปี พ .ศ.2543 เมื่อประเทศญี่ปุ่นได้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นทางการทั่วประเทศ