

การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษให้เข้มแข็งและยั่งยืน (อุทุมพรพิสัยโมเดล: Uthumphon Phisai Model: UTP Model)

แนวคิดหลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของพื้นที่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ.2547 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,050 คน โรคเบาหวาน 735 คนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2559 เป็น 8,565 คน และ 3,912 คน รวมทั้งมีจำนวนมากและค่าใช้จ่ายสูงอยู่ในอันดับ 1-5 ของผู้มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก สภาพการณ์ให้บริการค่อนข้างแออัด ระยะเวลาารับบริการนาน มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ25 มาโรงพยาบาลคนเดียว มีปัญหาการได้ยิน การสื่อสาร และมีค่าใช้จ่ายสำหรับค่าจ้างเหมารถเพราะไม่มีรถโดยสารประจำทาง ซึ่งตลอดระยะเวลา 15 ปีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออุทุมพรพิสัย ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงอย่างบูรณาการและต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทอำเภออุทุมพรพิสัยและการเปลี่ยนแปลงภายใต้รูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า “อุทุมพรพิสัยโมเดล (Uthumphon Phisai Model: UTP Model)” โดยยึดหลักสำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย **U: Utilization Management** **T: Technology** และ **P: Participation** เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของเกณฑ์ชีวิตคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง
2. ลดความแออัด และระยะเวลาารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
3. ลดกลุ่มเสี่ยง ลดกลุ่มป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเกิดความพิการ และลดอัตราการตาย
4. ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

วิธีดำเนินงาน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อให้เข้มแข็งและยั่งยืน แบบ “อุทุมพรพิสัยโมเดล (Uthumphon Phisai Model: UTP Model)” ด้วยหลักสำคัญ 3 ประการ

1. U: Utilization Management คือ การบริหารจัดการทรัพยากรสำคัญให้เหมาะสม

1.1 การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) : SWOT โดยใช้McKinsey 7-S Framework และPESTจัดทำแผนกลยุทธ์(StrategicPlan) มีRoad Map 5 ปี และนำGAP มาจัดทำแผนปฏิบัติการ(Action Plan) โดยคณะกรรมการและทีมดำเนินงานการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอถึงระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย

- 1) คณะกรรมการอำเภอควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (DHS)
- 2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)
- 3) คณะอนุกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อของคปสอ.อุทุมพรพิสัย

- 4) ทีมสหวิชาชีพ
- 5) คลินิกพิเศษเฉพาะโรค ไม่ติดต่อ สังกัดกลุ่มงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก
- 6) ผู้รับผิดชอบงานของรพ.สต.และศสม.ทุกแห่ง

1.2 พัฒนาบุคลากรและทักษะ (Staff and Skill) : มีNPและผ่านการอบรมMini NCM ทูกรพ.สต. และเครือข่าย (Network) เช่น อสม. อพปร. เป็นต้น

1.3 จัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือ (Material) : จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการ เครื่องถ่ายภาพ ประสาทตา เครื่องตรวจABI และสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย ร่วมกันทั้งจังหวัด เป็นต้น

1.4 พัฒนาระบบบริการ (Service system)ทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต.

- 1) จัดคลินิกOne stop service และเปิดให้บริการเวลา06.30 น.ทั้งรพ.อพ.และรพ.สต.
- 2) ส่งผู้ป่วยออกสู่อสม.ทุกแห่งด้วยระบบสมัครใจ มีทีมสหวิชาชีพเป็นที่ปรึกษาและร่วมให้บริการที่รพ.สต. 1 ครั้ง/เดือน
- 3) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแบบบูรณาการทั้งเรื่องตา ฟัน ไต เท้า ตรวจABI ประเมินด้านจิตใจ และสารเสพติดเชิงรุกที่รพ.สต. 2 ครั้ง/ปี
- 4) การคัดกรองโรค การดูแลกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยให้เหมาะสมสอดคล้องตามบริบทภายใต้หลักมาตรฐานสากล โดยทีมสหวิชาชีพ
- 5) การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยซับซ้อน โดยNurse case manager
- 6) การให้คำปรึกษาและการส่งต่อตามลำดับความเร่งด่วน
- 7) การดูแลสุขภาพต่อเนื่องในชุมชน โดยบูรณาการ HHC LTC และ PCC เป็นต้น
- 7) คลินิกบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ เช่น สุขภาพจิตและจิตเวช บำบัดรักษาสารเสพติด- บุหรี่-สุรา กายภาพบำบัด และคลินิกDPAC เป็นต้น โดยทีมสหวิชาชีพ

1.5 การจัดการความรู้ (Knowledge Management):

- 1) บุคลากรและเครือข่าย : การอบรม การศึกษาดูงาน และConferences เป็นต้น
- 2) ผู้ป่วยและครอบครัว : การให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมกลุ่ม และการอบรม เป็นต้น
- 3) ประชาชน : การอบรม ชมรม กิจกรรมกลุ่ม และ การประชุม เป็นต้น

1.6 การติดตามและประเมินผล (Evaluation):

รายงานตัวชี้วัดคุณภาพบริการของNCD Clinic Plus และรายงานตัวชี้วัดคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกทุกเดือน รวมทั้งการจัดลำดับคุณภาพหน่วยบริการ(Ranking)จากสสจ.ศรีสะเกษปีละ2 ครั้ง

2. T: Technology คือ นำ Information technology และ Innovation technology มาใช้ในการพัฒนางาน

2.1 Information technology

- 1) โปรแกรมสำเร็จรูป“ H.I.M.PRO ”สำหรับใช้ในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 15 ปีโดยบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมเอง
- 2) โปรแกรมสำเร็จรูป “ J ” สำหรับใช้ในรพ.สต.ทุกแห่ง

3) โปรแกรมสำเร็จรูป“ HDC ”ใช้เป็นฐานข้อมูลของจังหวัดศรีสะเกษ

เชื่อมโยงโดยระบบ On Line

2.2 Innovation technology พัฒนานวัตกรรมหรือผลงานยอดเยี่ยม(Best practice) ผลงานวิชาการ ผลงานงานวิจัย R2R โดยทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอถึงตำบล และได้นำมาใช้ในการ พัฒนางาน รวมทั้งนำไปเผยแพร่ในเวทีระดับอำเภอ จังหวัด เขต ภาค ประเทศ เวที HA และมหาวิทยาลัย ต่างๆอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548

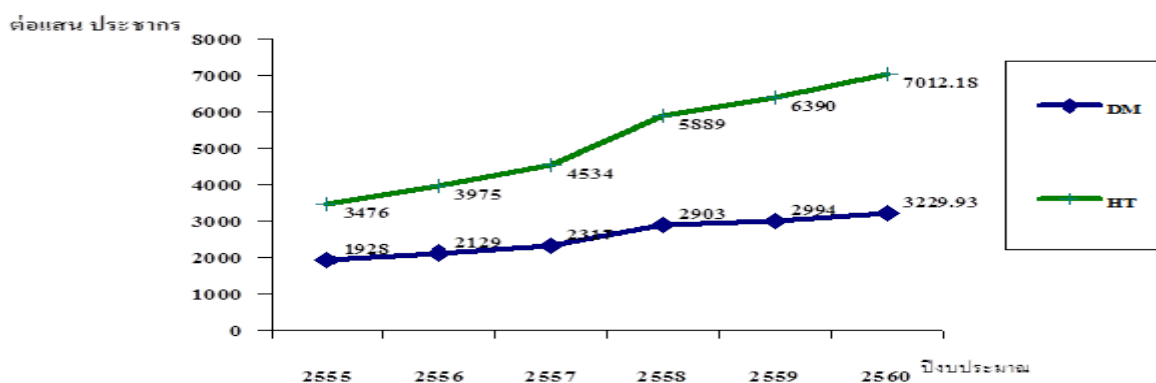
3. P: Participation คือ การมีส่วนร่วม

โดยการนำของนายอำเภออุทุมพรพิสัย แคนนำชุมชน ภาคิเครือข่าย สนับสนุนให้ประชาชน มีบทบาทในการขับเคลื่อนจัดการภาวะสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยแต่ละหมู่บ้านจะจัดเวทีประชาคม ประชาชน คณะกรรมการหมู่บ้าน อปท. และเครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนตนเอง(SWOT) ครอบคลุม 3 มิติ คือ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง เกิดนโยบายชุมชนและโครงการที่สำคัญ เช่น ค้นหา คัดกรองโรคในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วม งานบุญปลอดเหล้า เทศกาลอาหารปลอดภัย การเกษตรอินทรีย์ และมีเครือข่ายบริการสุขภาพเข้มแข็ง เช่น เครือข่ายอาหารปลอดภัย หมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค หมู่บ้านสร้างสุขภาพใจ ชมรมออกกำลังกาย เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ทุพพลภาพไร้ญาติ ชมรมผู้สูงอายุเพื่อนช่วยเพื่อน เครือข่ายอพปร. และเครือข่ายFast tract MI Fast tract Strok ในชุมชน เป็นต้น

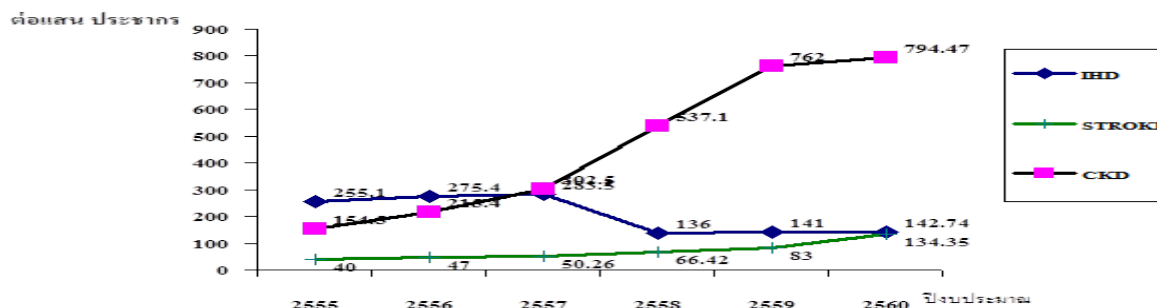
ผลการดำเนินงาน

ประชาชนได้รับการคัดกรองโรคเพิ่มมากขึ้น ทุกกลุ่มได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3อ 2ส ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน/โรคแทรกซ้อนได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณีสามารถควบคุมภาวะเบาหวานได้ดีร้อยละ 86.19 ลดความแออัด ลดระยะเวลาารรับบริการรวมไม่เกิน 2 ชั่วโมง22นาที(มาตรฐานของกพร.) ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้บ้านค่าใช้จ่ายส่วนตัวลดลง และการบูรณาการร่วมจัดหา แบ่งปันใช้และช่วยกันบำรุงรักษาเครื่องมือที่สำคัญช่วยลดค่าใช้จ่ายงบประมาณ สถานการณ์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2555- 2560 (ต.ค.2555-พ.ค.2560)

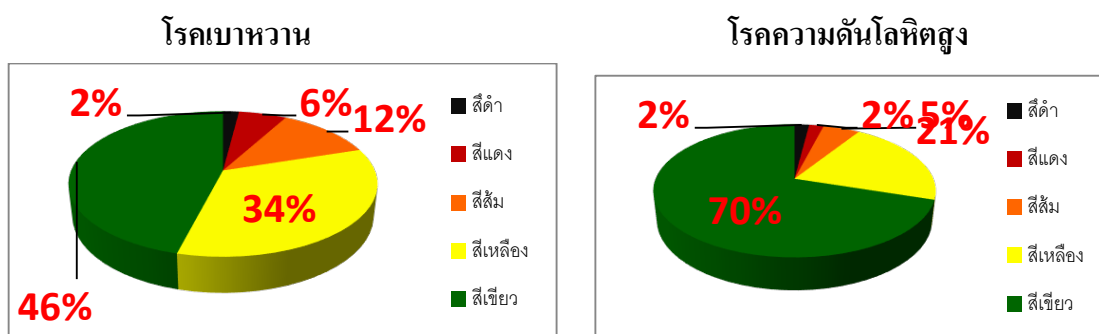
ภาพที่ 1 ความชุกของโรคเบาหวาน(DM) และโรคความดันโลหิตสูง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2555 – 2560 (ต.ค.2555-พ.ค.2560)



ภาพที่ 2 ความชุกของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(IHD) โรคหลอดเลือดสมอง(STROKE) และ โรคไตเสื่อม(CKD:GFR ระดับ3-5) อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2555 – 2560 (ต.ค.2555-พ.ค.2560)



ภาพที่ 3 - 4 การวิเคราะห์ข้อมูลตาม ปังปองจรรยาชีวิต 7 สี ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ2560 (ต.ค.2559 – พ.ค. 2560)



ตัวชี้วัด	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559	พ.ศ.2560
1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	85%	86%	88%
2.อัตราร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	42.25	43.04	40.94
3.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	65.03	59.08	52.23
4.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam	62.81	60.62	60.12
5.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam	62.81	62.87	60.62
6.อัตราผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	52.25	60.67	62.62
7.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง	2.2	1.48	1.34
8.อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน	1.6	1.14	1.09
9.อัตรากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	0.53	0.45	0.18
10.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	0.53	0.45	1.18
11.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	86	88	89.10

12. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	2.53	2.68	2.12
13. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	46.94	46.24	48.19
14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	81.9	81.86	81.11
15. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD	87.31	87.46	86.68

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ:

1. การตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกันของผู้นำ ผู้รับผิดชอบงาน ภาควิชาเครือข่ายและประชาชน ตลอดระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา

2. คุณภาพและความปลอดภัยเป็นค่านิยมร่วม (Shared values) ขององค์กรและภาควิชาเครือข่าย

3. รูปแบบ UTP Model การพัฒนาภายใต้ Utilization Management เน้นกลยุทธ์เชิงรุกให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท พื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย โดยน้อมนำพระบรมราโชวาทในหลวงรัชกาลที่ 9 “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ก่อให้เกิดทีมและภาควิชาเครือข่ายที่เข้มแข็ง ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม (Participation) เพิ่มขึ้น และการนำ Information / Innovation technology มาใช้พัฒนาเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย คุณภาพระบบบริการและคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป:

การพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อม การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อสูงอายุที่ไม่มีญาติ และการวิจัยในพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคสูง เป็นต้น



NCD CLINIC PLUS AWARD ชนะเลิศระดับประเทศ

อุทุมพรพิสัย โมเดล

UTHUMPHON PHISAI MODEL

(UTP MODEL)



นายวิชา สूरบาล

ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ



นายแพทย์วันชัย เหล่าเสถียรกิจ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ



NCD CLINIC PLUS AWARD

UTHUMPHON PHISAI MODEL:

(UTP MODEL)



..ผู้นำเสนอ..

นายแพทย์ทนต์ วีระแสงพงษ์

ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย



วิสัยทัศน์ (VISION OF CUP)

**เครือข่ายบริการสุขภาพ
ที่มีความเป็นเลิศด้านการบริหารจัดการสุขภาพ**

วิสัยทัศน์ (VISION OF HOSPITAL)

**โรงพยาบาลชุมชนชั้นนำ
ที่ประชาชนให้ความเชื่อมั่นในคุณภาพ
และความปลอดภัย**

ประธาน DHS
ควบคุมโรคและ
ภัยสุขภาพ



นายสุรชาติ แก้วศิลา
นายอำเภอ
อุทุมพรพิสัย



นายแพทย์ทนต์ วีระแสงพงษ์
ประธานเครือข่าย



ดร.สามัคคี เดชกล้า
รองประธานเครือข่าย

คณะดำเนินงาน NCD Clinic Plus

อนุกรรมการNCD

คปสอ.อุทุมพรพิสัย

นส.ธันยมัย โปรงจิต

หัวหน้างานผู้ป่วยนอก

ทีมสหวิชาชีพ

นพ.ชินดนัย เขาว์ศิริกุล

อายุรแพทย์ ที่ปรึกษา

งานผู้ป่วยนอก

- * คลินิกตรวจโรคทั่วไป
- * คลินิกพิเศษเฉพาะโรค
- * คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
- * คลินิกจิตวิทยา
- * คลินิกบำบัดฯ ยาเสพติด
- * คลินิกบำบัดฯ บุหรี่-สุรา

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

- * ระบบ EMS
- * ระบบ Fast tract AMI
- * ระบบ Fast tract Stroke
- * ระบบ Refer

เด็ก

- ผู้ป่วยใน
- * ห้องคลอดและงานANC
- * เด็กหญิง
- * เด็กชาย
- * เด็กเล็ก
- * เด็กพิเศษ
- * ICU
- * ห้องผ่าตัดและวิสัญญี

- * องค์กรแพทย์
- * ทันตแพทยกรรม
- * เภสัชกรรม
- * งานชั้นสูตรโรค
- * งานเวชกรรมฟื้นฟู
- * งานแพทย์แผนไทย
- * งานควบคุมโรค

ทีมเชิงรุก

ศสม.
กำแพง
รพ.สต.

- * กลุ่มงานการจัดการทั่วไป
- * งานโภชนาการ
- * งานสุขศึกษา/ประชาสัมพันธ์
- * คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- * งาน IT
- * งานสถิติและเวชระเบียน
- * งานศูนย์ประกันสุขภาพ



อำเภอ
+
โรงพยาบาล
+
สสอ.

รพ.สต.
+
ชุมชน



บุคคลต้นแบบหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ
บ้านหนองปรือ หมู่ที่ ๑ ตำบลโคกท้าว อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

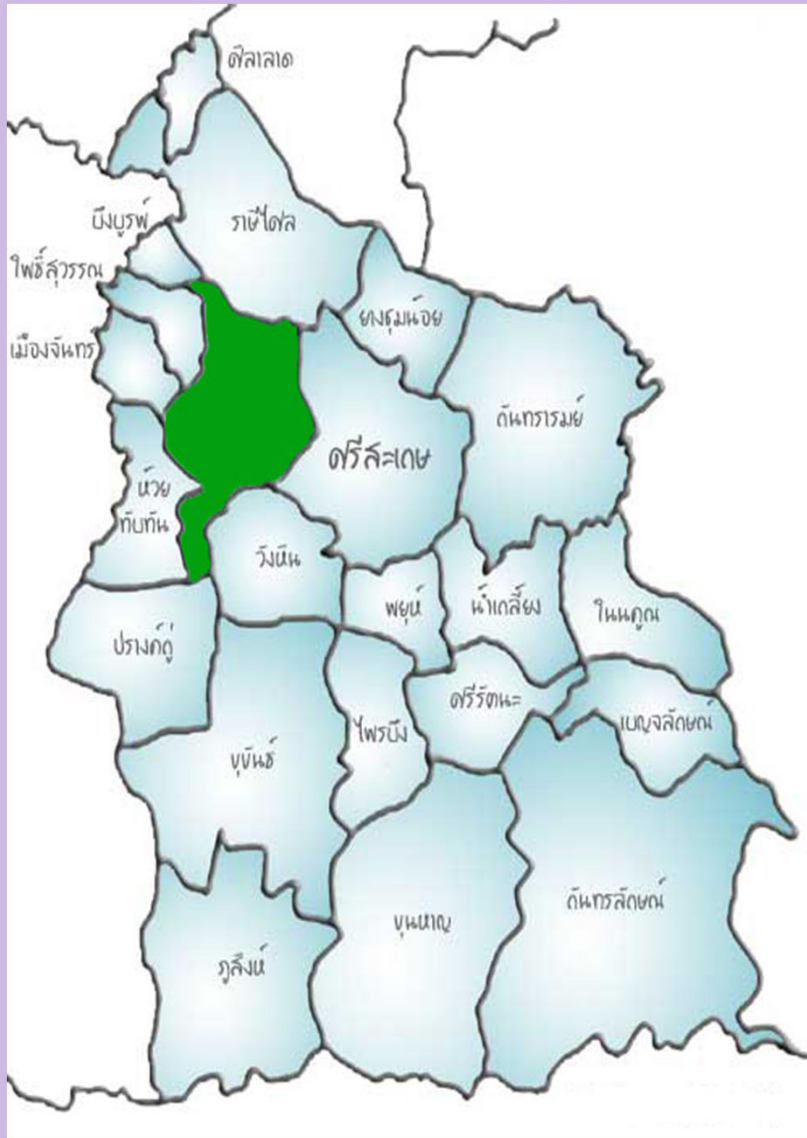
<p>การเพาะเห็ดขอนขาวธรรมชาติ</p> <p>นายสุก สุก่อ</p> <p>นายสุก สุก่อ อายุ ๕๖ ปี จบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ โรงเรียนบ้านหนองปรือ ตำบลโคกท้าว อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มีอาชีพหลักคือ การทำนา และทำสวนผลไม้</p> <p>นายสุก สุก่อ ได้เริ่มเพาะเห็ดขอนขาวธรรมชาติ เมื่อปี ๒๕๕๖ โดยได้เรียนรู้จากคุณลุงบุญชู งาม เกษตรกรในพื้นที่ และนำความรู้มาพัฒนาจนสามารถผลิตเห็ดขอนขาวธรรมชาติได้เป็นจำนวนมาก และส่งจำหน่ายให้กับพ่อค้าในท้องถิ่น</p> <p>ขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เลือกพื้นที่เพาะเห็ด ๒. เตรียมวัสดุเพาะเห็ด ๓. ปลูกเห็ด ๔. ให้น้ำ ๕. เก็บเกี่ยว 	<p>การทำปุ๋ยหมักป้องกันโรคราเนา ในนาช่วงเพ็ช</p> <p>นายธานี ศรีบุญเรือง</p> <p>นายธานี ศรีบุญเรือง อายุ ๕๕ ปี จบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ โรงเรียนบ้านหนองปรือ ตำบลโคกท้าว อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มีอาชีพหลักคือ การทำนา และทำสวนผลไม้</p> <p>นายธานี ศรีบุญเรือง ได้เริ่มทำปุ๋ยหมักป้องกันโรคราเนา ในนาช่วงเพ็ช เมื่อปี ๒๕๕๖ โดยได้เรียนรู้จากคุณลุงบุญชู งาม เกษตรกรในพื้นที่ และนำความรู้มาพัฒนาจนสามารถผลิตปุ๋ยหมักป้องกันโรคราเนาได้เป็นจำนวนมาก และส่งจำหน่ายให้กับเกษตรกรในท้องถิ่น</p> <p>ขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เลือกพื้นที่ทำปุ๋ยหมัก ๒. เตรียมวัสดุทำปุ๋ยหมัก ๓. ปลูกปุ๋ยหมัก ๔. ให้น้ำ ๕. เก็บเกี่ยว
---	--





นโยบาย Policy

- 1. บูรณาการทำงาน งบประมาณที่
เกี่ยวข้อง เน้นการทำงานเป็นทีม
และการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน
มุ่งสู่การควบคุมโรคอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน**
- 2. สนับสนุนส่งเสริมประชาชน และภาคี
เครือข่ายให้สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพ
ได้ด้วยตนเอง**
- 3. นำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนางาน**



**โรงพยาบาลระดับ M 2
อยู่ห่างจาก
โรงพยาบาลศรีสะเกษ
25 กิโลเมตร**

**โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ อุบลราชธานี
97 กิโลเมตร**

**เครือข่ายสุขภาพ :
1 ศสม. 21 รพ.สต.**

**การปกครองส่วนภูมิภาค
: 19 ตำบล
232 หมู่บ้าน
21,782 หลังคาเรือน**

**ประชากรที่รับผิดชอบ
108,750 คน**



การป้องกัน ควบคุม โรคไม่ติดต่อ อัมฤอูทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษให้เข้มแข็ง
และยั่งยืน(อูทุมพรพิสัย โมเดล:

Uthumphon Phisai Model: UTP Model)

แนวคิดหลักการและเหตุผล

ซึ่งตลอดระยะเวลา 15 ปีเครือข่ายบริการสุขภาพอัมฤอูทุมพรพิสัย ได้
ตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการการป้องกัน ควบคุม
โรคเบาหวาน และ โรคความดัน โลหิตสูงอย่างบูรณาการและต่อเนื่องให้เหมาะสมกับ
บริบทอัมฤอูทุมพรพิสัยและการเปลี่ยนแปลงภายใต้รูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า “
อูทุมพรพิสัย โมเดล (**Uthumphon Phisai Model: UTP
Model**) ” โดยยึดหลักสำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย **U: Utilization
Management T: Technology** และ **P:
Participation** เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพ



CLINICAL POPULATION :

DM



HT



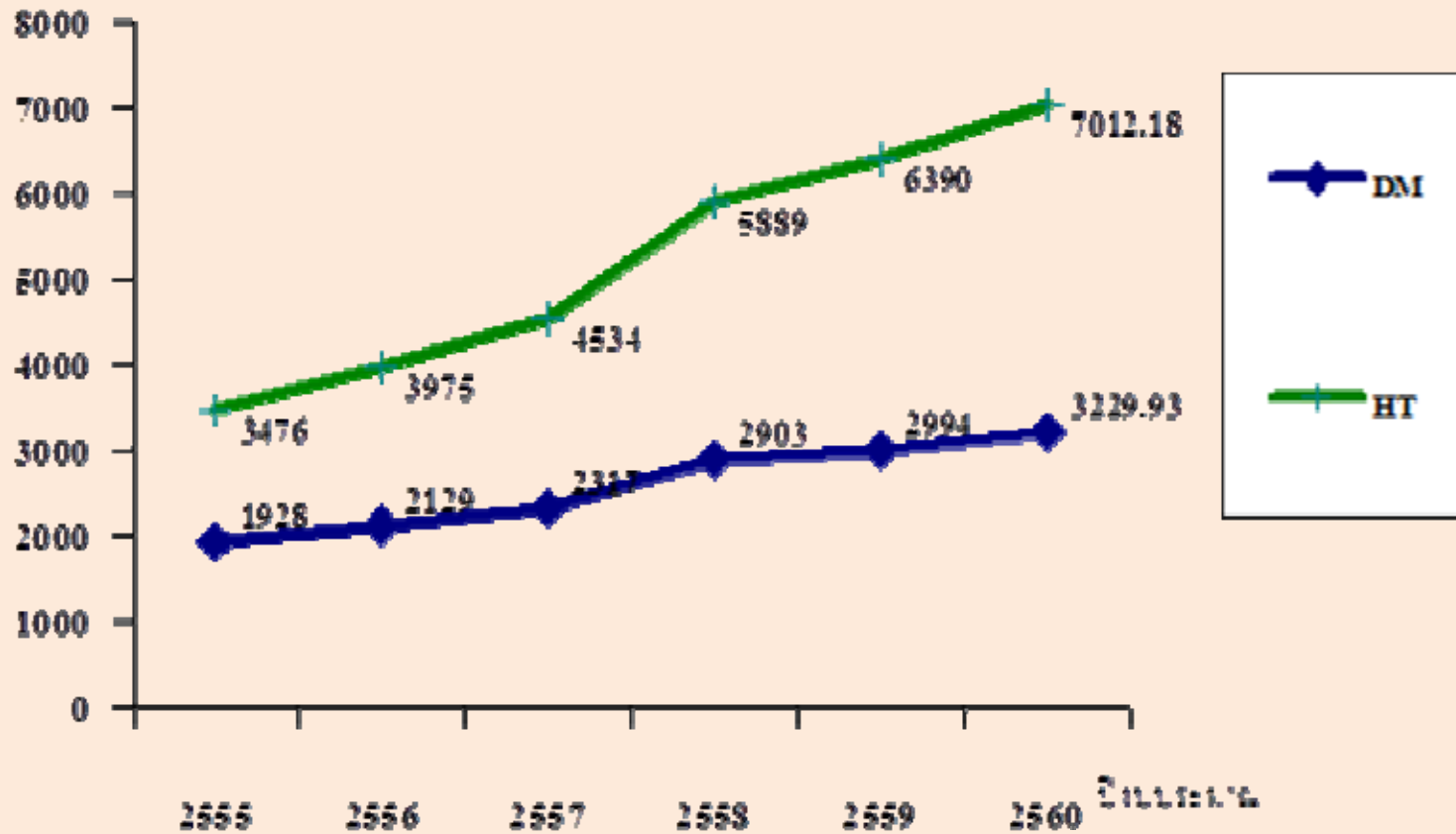
**High
Volume

High
cost**



DM : HT

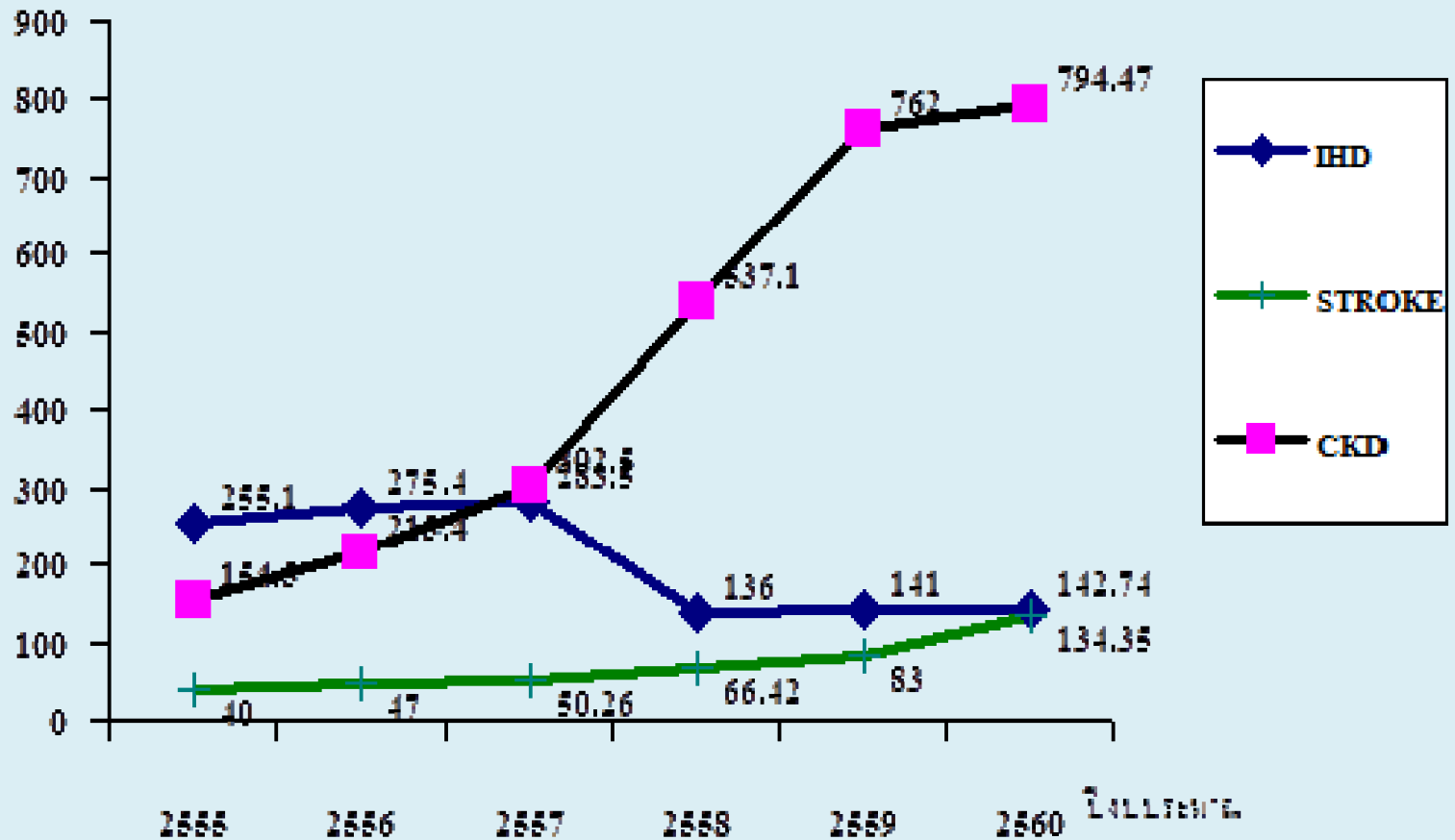
ต่อแสน ประชากร





IHD : STROKE : CKD (3-5)

ต่อแสน ประชากร





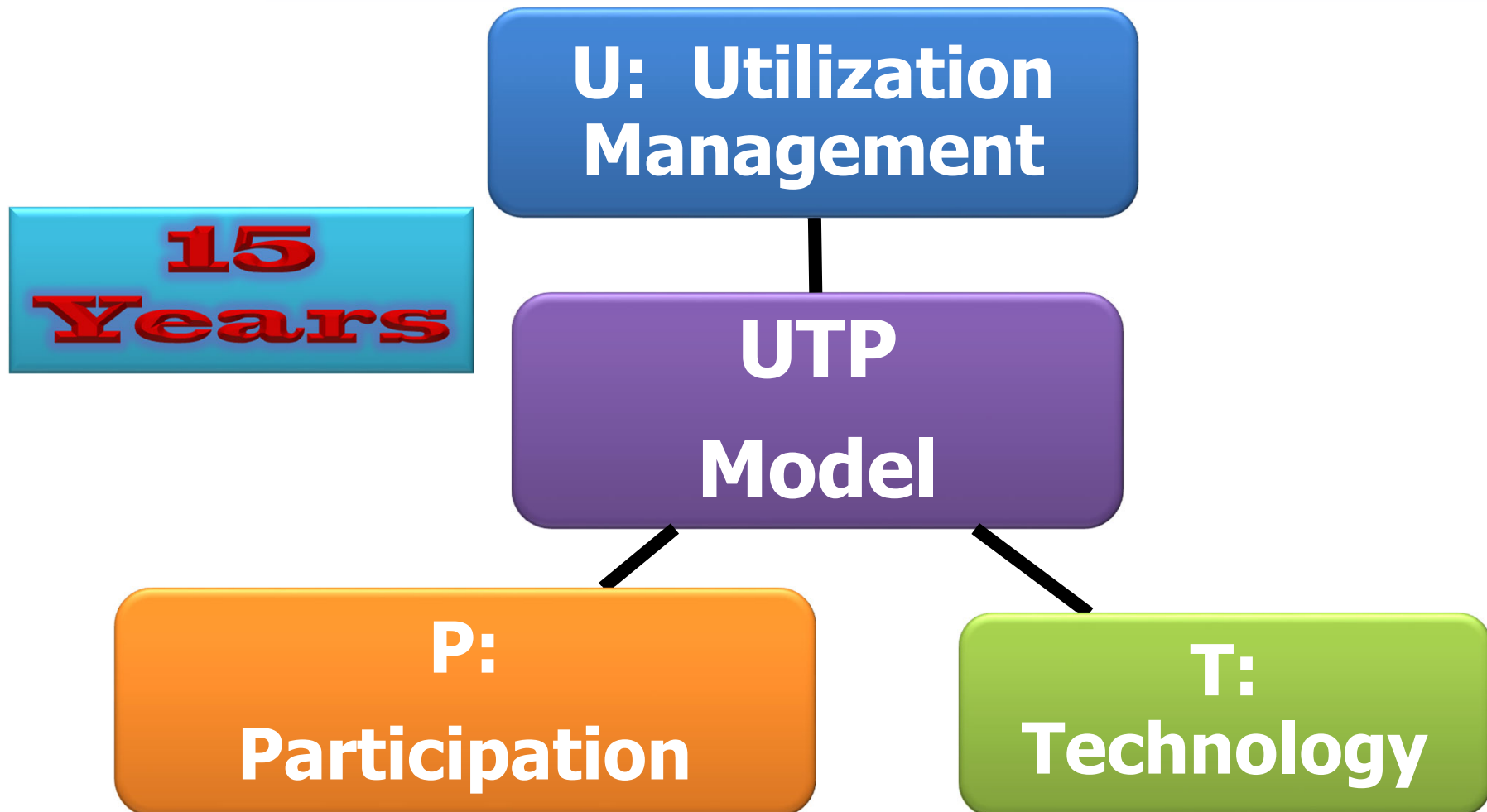
วัตถุประสงค์

Objective

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน
และมีคุณภาพ
2. ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน
ลดความพิการ และลดการเสียชีวิต
3. ลดขั้นตอน ลดระยะเวลา และลดความแออัด
ในระบบบริการทั้งในโรงพยาบาล
และรพ.สต.
4. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและ
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว



อุทุมพรพิสัยโมเดล: UTP Model Uthumphon Phisai Model





U: Utilization Management

Strategy

เน้นเชิงรุก

- คณะกรรมการDHS + ตำบลจัดการสุขภาพ + Cup + ทีมสหวิชาชีพ
- SWOT + Road Map 5 ปี + GAP :
Action Plan

Staff

บุคลากร

- พยาบาล NP ครบทุกแห่ง + Mini NCM
- เครือข่าย (Network) เช่น อสม. อพปร. เป็นต้น

Material

อุปกรณ์และ
เครื่องมือ

- ระบบการจัดซื้อรวม : ยา Lab
สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย
- ใช้ร่วมกัน : เครื่องถ่ายภาพประสาทตา
เครื่องตรวจABI



U:Utilization Management

ระบบบริการ(Service system)



1. ระบบOne stop service เปิดให้บริการเวลา 06.00 น.
2. ส่งผู้ป่วยออกสู่อรพ.สต. ด้วยระบบสมัครใจ
3. อรพ.สต.บริการเหมือนกัน



กับในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพเป็นพี่เลี้ยงและร่วมให้บริการที่รพ.สต. 1 ครั้ง/เดือน 4. มีมาตรฐานดูแลกลุ่มป่วย เสี่ยง ปกติ





U: Utilization Management

ระบบบริการ(Service system)

ติดตามคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
ในผู้ป่วยแบบ
เชิงรุก ที่รพ.สต.



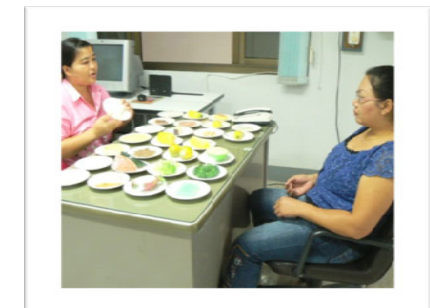
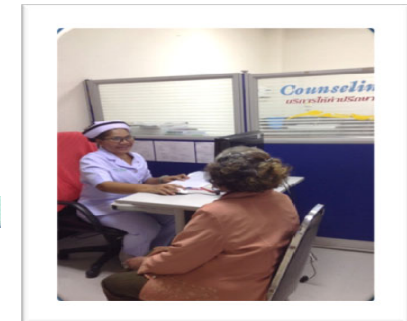


U: Utilization Management

ระบบบริการ(Service system)

จัดการรายกรณี
โดย Nurse case Manager
และทีมสหวิชาชีพ
กรณีผู้ป่วย:

1. Uncontrol
2. ภาวะแทรกซ้อน
3. โรคแทรกซ้อน

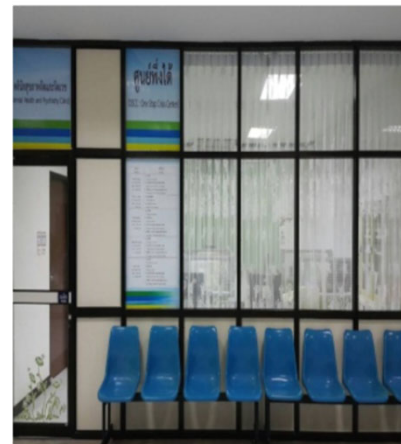




U: Utilization Management

ระบบบริการ(Service system)

คลินิกบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ
ผู้ป่วย : คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
คลินิกบำบัดรักษาสารเสพติด-บุหรื-สุรา
คลินิกกายภาพบำบัด และคลินิกDPAC





U: Utilization Management

ระบบบริการ(Service system)

MI&STROKE
Fast tract
โดยเครือข่าย

ระบบ
การส่งต่อ และ
ระบบการดูแล
สุขภาพที่บ้าน





U: Utilization Management

การจัดการความรู้ (Knowledge Management):

บุคลากรและเครือข่าย :
การอบรม การศึกษาดูงาน
และ Conferences





U:Utilization Management

การจัดการความรู้ (Knowledge Management):

**ผู้ป่วยและครอบครัว : การให้
คำปรึกษารายบุคคล
กิจกรรมกลุ่ม และการอบรม**





U:Utilization Management

การจัดการความรู้ (Knowledge Management):

**ประชาชน : การอบรม
นิทรรศการ ชมรม
กิจกรรมกลุ่ม
และ การประชาสัมพันธ์**





T: Information Technology

- 1) โปรแกรมสำเร็จรูป " H.I.M.PRO " :โรงพยาบาล มานานกว่า 15 ปี
 - 2) " J " : รพ.สต. 3) " HDC " : ฐานข้อมูลของจังหวัดศรีสะเกษ
- ***เชื่อมโยงโดยระบบ On Line*****





T : Innovation Technology

พัฒนานวัตกรรม/ผลงานยอดเยี่ยม(Best practice)

ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548. .โดยทีมสหวิชาชีพ..ตัวอย่างปี 2557-2559

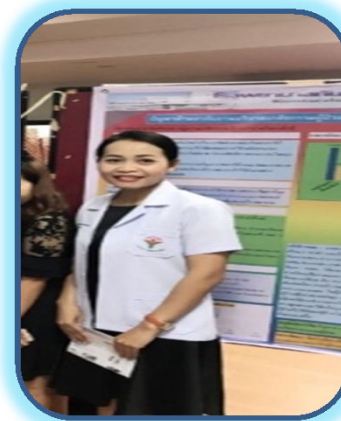
นวัตกรรม : ที่นอนท่อแอร์ป้องกัน แผลกดทับ

นวัตกรรม : วงล้อนวัตกรรม

นวัตกรรม : เม็ดมะค่าตรวจฝ่าเท้า

นวัตกรรม : ลด DRPs ลด Re-admission เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน
Reduce DRPs Reduce Re-admission
enhance the quality of life of diabetic patients)

นวัตกรรม : บัตรนัดจراحร ห่วงใย ใส่ใจโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง





P: Participation

ตำบลจัดการสุขภาพ :
นายอำเภออุทุมพรพิสัย เกณฑ์
ชุมชน ภาคีเครือข่าย สนับสนุน
ให้ขับเคลื่อนจัดการภาวะ
สุขภาพของตนเอง





P: Participation

การค้นหา คัดกรองโรค
ในชุมชน
โดยชุมชนมีส่วนร่วม



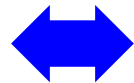


การติดตามและประเมินผล (Evaluation):

รายงานตัวชี้วัดคุณภาพบริการของ
NCD Clinic Plus
และรายงานตัวชี้วัดเฉพาะโรค



รายงานตัวชี้วัดคุณภาพ
บริการผู้ป่วยนอกทุกเดือน



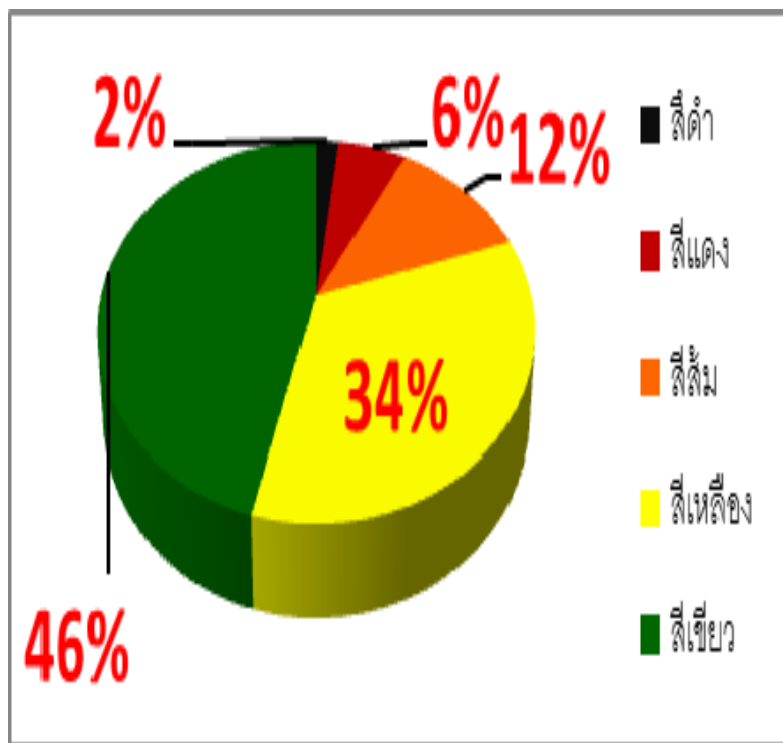
Rankingจากสสจ.ศรีสะเกษ
ปีละ 2 ครั้ง



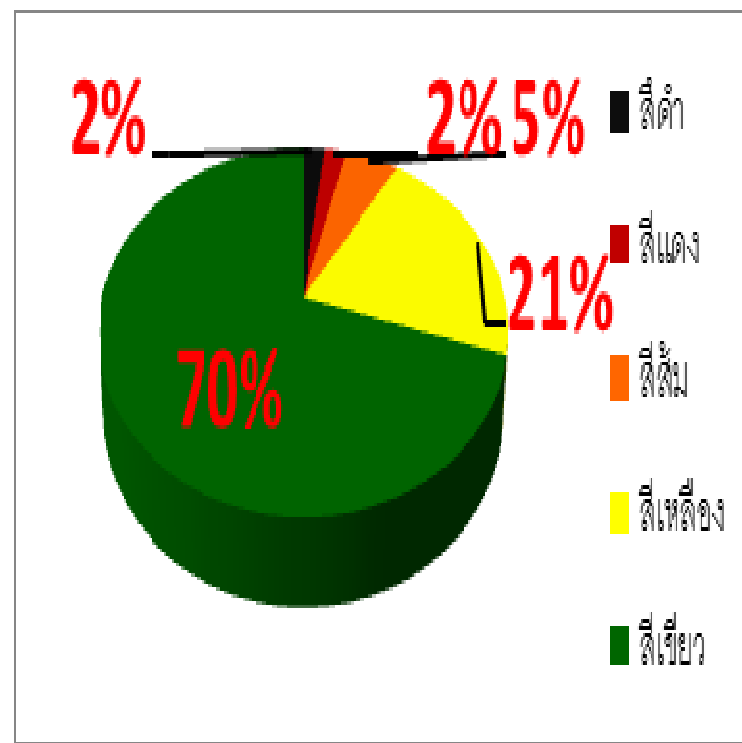
ผลลัพธ์การดำเนินงาน

วิเคราะห์ข้อมูลตาม ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี

โรคเบาหวาน: DM



โรคความดันโลหิตสูง : HT





ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559	พ.ศ.2560
1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	85%	86%	88%
2. อัตราร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	42.25	43.04	40.94
3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	65.03	59.08	52.23
4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam	62.81	60.62	60.12
5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam	62.81	62.87	60.62
6. อัตราผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	52.25	60.67	62.62
7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง	2.2	1.48	1.34
8. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน	1.6	1.14	1.09
9. อัตรากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	0.53	0.45	0.18
10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	0.53	0.45	1.18
11. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	86	88	89.10
12. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	2.53	2.68	2.12
13. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	46.94	46.24	48.19
14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	81.9	81.86	81.11
15. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยง CVD	87.31	87.46	86.68



ผลลัพธ์การดำเนินงาน

การเข้าถึง บริการ

- มาตรฐานสากล
- ครอบคลุมพื้นที่ทุกแห่งและกลุ่มเป้าหมายเข้าถึง $\geq 90\%$

ลดความ แออัด

- ส่งออก รพ.สต. ได้ $\geq 50\%$
- เวลารับบริการ ≤ 2 ชม. 22 นาที (มาตรฐาน กพร.)

ลดค่าใช้จ่าย

- ใช้งบจัดทำโครงการของ Cup ลดลง $\geq 80\%$
- งบค่ายา Lab เครื่องมือลดลง
- ค่ารถมารพ. และ ค่าเสียเวลาหยุดงาน



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ:

การตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา ร่วมกันของผู้นำ ผู้รับผิดชอบงาน ภาครัฐเครือข่ายและประชาชน ตลอดระยะเวลา 15 ปี

คุณภาพและความปลอดภัย เป็นค่านิยมร่วม (Shared values) ขององค์กรและภาครัฐเครือข่าย

น้อมนำพระบรมราโชวาทในหลวงรัชกาลที่ 9 "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา"
รูปแบบ UTP Model
เน้นกลยุทธ์เชิงรุกให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบท พื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย
ทึมและภาครัฐเครือข่ายเข้มแข็ง



แผนการดำเนินงาน ในช่วงต่อไป:

การพัฒนา
คลินิก
ชะลอไตเสื่อม

ผู้ป่วยโรคไม่
ติดต่อสูงอายุ
ที่ไม่มีญาติ

วิจัยในพื้นที่ที่มี
อัตราความชุก
ของโรคสูง



..ความภาคภูมิใจ.





..ขอบคุณ..



การถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ในวันที่ 16 สิงหาคม 2560 เวลา 08.00 – 17.00 น.

รายชื่อสมาชิกทีมถอดบทเรียน

1.นางสาวชั้นยภัย โปรงจิต	พยาบาลวิชาชีพ(หัวหน้างานผู้ป่วยนอก)	ประธานและนำเสนอ
2.นาสุภาพร จิรมหาไพศาล	เภสัชกร	เลขานุการ
3.นายสมบุญณ์ แนนม่น	พยาบาลวิชาชีพ(รพ.สต. โศกหล้าม)	ผู้ช่วยเลขานุการ
4.นางสาวเมธาวี ไกรวิเศษ	นักวิชาการสาธารณสุข(สสอ.)	ผู้จัดบันทึก
5.นางอรัญญา วงศ์วรรณ	โภชนากร	สมาชิก
6.นายภูริวัจน์ พาร์ตัน สมาชิก	นักกายภาพบำบัด	สมาชิก
7.นางสมจิตรร์ คีรุธ	พยาบาลวิชาชีพ(คลินิกโรงพยาบาล)	สมาชิก

ตลอดระยะเวลา 15 ปีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออุทุมพรพิสัย ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง บูรณาการ เพื่อความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทอำเภออุทุมพรพิสัยและทันต่อการเปลี่ยนแปลงภายใต้รูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า “อุทุมพรพิสัยโมเดล (Uthumphon Phisai Model: UTP Model)” โดยยึดหลักสำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย

U: Utilization Management คือ การบริหารจัดการทรัพยากรสำคัญให้เหมาะสม

T: Technology คือ นำ Information technology และ Innovation technology มาใช้ในการพัฒนางาน

P: Participation คือ การมีส่วนร่วม

ใบงานที่ 1.

เข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไร	แรงจูงใจ
1. ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบงาน 2. ได้รับคัดเลือกเพราะเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ/ชำนาญการเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแล 3. มีความสนใจและรับอาสาปฏิบัติงาน	1. มองเห็นและตระหนักปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตระยะยาวทั้งต่อระบบบริการด้านสุขภาพและประชาชน 2. มองว่าเป็นงานที่ท้าทายในการบริหารจัดการ 3. ภูมิใจจาก <ul style="list-style-type: none"> - เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์จากการพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ - เห็นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งผู้นำทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว ประชาชน และการสนับสนุนในทุกระดับพื้นที่ - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการผลการดูแลผู้ป่วย - ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพ และตระหนักเห็นความสำคัญของโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ใบงานที่ 2.

ผลลัพธ์ที่ต้องการ/คาดหวัง	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง
<p>1. การเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและมีความครอบคลุมทุกพื้นที่ด้วยความเสมอภาค</p>	<p>1. มีมาตรฐานและแนวทางการคัดกรองโรค การวินิจฉัยโรค การดูแลกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่ได้มาตรฐานสากล มีความสอดคล้องและยืดหยุ่นกับบริบทพื้นที่และการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2. การดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่รพ.สต. 21 แห่ง ศสม. 1 แห่ง โรงพยาบาล 1 แห่ง</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการ(Output)ผ่านเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพ</p>
<p>2. ลดเสี่ยง, ลดป่วย, ลดภาวะแทรกซ้อน/ลดพิการ, และลดการเสียชีวิต ได้ด้วยประชาชนและภาคีเครือข่าย มีศักยภาพจัดการตนเอง (self care)</p>	<p>KPI (Outcome)ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพ เช่น</p> <p>1. อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานHbA1C < 7</p> <p>2. อัตราการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโรคความดันโลหิตสูง BP <140/90 mmHg</p> <p>3. อัตราAdmitted และ Readmittedด้วยภาวะเฉียบพลันลดลง</p> <p>4. อัตราการเกิด Diabetic retinopathy ลดลง</p> <p>5. อัตราการเกิดภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยDM HT GFR stage 4-5 ลดลง</p> <p>6. อัตราการตัดอวัยวะนิ้วเท้า/เท้า/ขา ลดลง</p> <p>7. อัตราการเกิดStrokeในผู้ป่วยDM HT ลดลง</p> <p>8. อัตราการเกิดMI ในผู้ป่วยDM HT</p> <p>9. อัตราผู้ป่วยDM HTมีอายุยืนยาวมากขึ้น</p>
<p>3. ลดความแออัด ลดระยะเวลาารับบริการในทุกงาน/หน่วยบริการทั้งโรงพยาบาลและรพ.สต.และลดค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย/ครอบครัว</p>	<p>1. สามารถส่งผู้ป่วยออกสู่อรพ.สต.ได้มากกว่า 50%</p> <p>2. ระยะเวลาารับบริการในคลินิกโรงพยาบาลรวมไม่เกิน 2 ชั่วโมง 22 นาที (มาตรฐานของกพร.)</p> <p>3. ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย/ครอบครัวลดลง</p>
<p>4. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล</p>	<p>ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเรื่องยา Lab อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น สมุดบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย และค่าแรงงาน/ค่าตอบแทนบุคลากร ลดลง</p>

ใบงานที่ 3.

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐานที่พบ	ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น
<p>1. มีมาตรฐานและแนวทางการคัดกรองโรค การวินิจฉัยโรค การดูแลกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่ได้มาตรฐานสากล มีความสอดคล้องและยืดหยุ่นกับบริบทพื้นที่และการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2. การดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่รพ.สต. 21 แห่ง ศสม. 1 แห่ง โรงพยาบาล 1 แห่ง</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการ (Output)ผ่านเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพ</p>	<p>1. ข้อมูลในโปรแกรม “H.I.M.PRO” “J” “HDC”</p> <p>2. มาตรฐานและแนวทางในการดูแลกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย</p>	<p>1.การประเมิน ทบทวน และปรับปรุงมาตรฐานและแนวทางการดูแล อ้างอิงมาตรฐานสากล และนำมาประยุกต์ใช้(RU) ทุกปี</p> <p>2.การจัดการเชิงกลยุทธ์(Strategic Management) : SWOT , Road Map 5 ปี และนำGAP จัดทำAction Plan โดยคณะกรรมการต่างๆระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และทีมสหวิชาชีพ เน้นเชิงรุก บูรณาการ และการพัฒนา มีการประเมิน ทบทวนและปรับปรุงทุกปี</p> <p>3.การวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลให้แก่ภาคีเครือข่ายและชุมชนทุกเดือน ก่อให้เกิดความตระหนักในปัญหา</p> <p>4.การมีส่วนร่วม(Participation) : ผู้นำ แกนนำชุมชน ภาคีเครือข่ายและประชาชน เป็นผู้นำและมีบทบาทขับเคลื่อนในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง</p>
<p>2. KPI (Outcome)ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพ</p>	<p>1.ข้อมูลในโปรแกรม “H.I.M.PRO” “J” “HDC”</p> <p>2.ผลรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลทุกเดือน</p>	<p>1.การดูแลแบบบูรณาการ โดยทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วย/ครอบครัว/ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม และใช้มาตรฐาน/แนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐานสากล</p> <p>2.การจัดการความรู้ (Knowledge Management):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) บุคลากรและเครือข่าย : การอบรม การศึกษาดูงาน และ Conferences เป็นต้น 2) ผู้ป่วยและครอบครัว : การให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมกลุ่ม และการอบรม เป็นต้น 3) ประชาชน : การอบรม ชมรม กิจกรรมกลุ่ม และการประชุม เป็นต้น <p>3.การจัดการรายกรณี โดย Nurse case manager : กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มป่วยที่Uncontrol ภาวะโรค/มีภาวะแทรกซ้อน/มีโรคแทรกซ้อน</p> <p>4.การนำ Innovation technology มาใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 12ปี</p>

ใบงานที่ 3. (ต่อ)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐานที่พบ	ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น
<p>1. สามารถส่งผู้ป่วยออกสู่รพ.สต.ได้มากกว่า 50%</p> <p>2. ระยะเวลาารอรับบริการในคลินิกโรงพยาบาลรวมไม่เกิน 2 ชั่วโมง 22 นาที (มาตรฐานของกพร.)</p> <p>3. ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย/ครอบครัวลดลง</p>	<p>1.ข้อมูลในโปรแกรม “H.I.M.PR O” “J” “HDC”</p> <p>2.ผลรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล</p>	<p>1. จัดคลินิกให้บริการทุกรพ.สต. และมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมNP และMini NCM เป็นผู้รับผิดชอบคลินิก</p> <p>2. จัดทีมสหวิชาชีพเป็นที่เลี้ยงและร่วมให้บริการที่รพ.สต. 1 ครั้ง/เดือน</p> <p>3. จัดระบบบริการ(Service system)คลินิกในรพ.สต.มีศักยภาพใกล้เคียงกับคลินิกในโรงพยาบาล</p> <p>1) จัดรูปแบบบริการในรพ.สต.คล้ายคลึงกับคลินิกในโรงพยาบาล เป็น One stop service และเปิดให้บริการเวลา 06.30 น.</p> <p>2) ส่งผู้ป่วยออกสู่รพ.สต.ทุกแห่งด้วยระบบสมัครใจ</p> <p>3) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย: ตา ฟัน ไต เท้า ABI ประเมินทางด้านจิตใจ และสารเสพติด แบบบูรณาการเชิงรุกที่รพ.สต. ≤ 2 ครั้ง/ปี</p> <p>4. นำ Information technology มาใช้ : “H.I.M.PRO” ใช้ในโรงพยาบาล พัฒนาต่อเนื่องมานานกว่า 12 ปีโดยบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมเอง “J” ใช้ในรพ.สต.ทุกแห่ง และ “HDC” ใช้เป็นฐานข้อมูลของจังหวัดศรีสะเกษ ***เชื่อมโยงโดยระบบ On Line***</p> <p>5. จัดกลไกการสื่อสารหลากหลายช่องทาง : เวทีการประชุม ภาเกื้อเครือข่าย สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ โทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น</p> <p>6. จัดระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)</p> <p>7. จัดคลินิกบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เช่น สุขภาพจิตและจิตเวช บำบัดรักษาสารเสพติด-บุหรี่-สุรา กายภาพบำบัด และคลินิกDPAC</p> <p>8. จัดระบบFast Tract MI Fast Tract Stroke และ1669</p>
<p>ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเรื่องยา Lab อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น สมุดบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย และ ค่าแรงงาน/ ค่าตอบแทนบุคลากรลดลง</p>	<p>ผลรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล</p>	<p>1. การจัดซื้อร่วมกันทั้งจังหวัด : วัสดุอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการ และสมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วย</p> <p>2. การใช้เครื่องมือจำเป็นราคาแพงร่วมกันเป็นโชน : เครื่องถ่ายภาพประสาทตา และเครื่องตรวจABI</p>

ใบงานที่ 4.

ทำสิ่งดีๆให้ดียิ่งขึ้นอีกและถูกขยายผลต่อไปได้อย่างไร	ประเด็นที่เป็นปัญหาที่มีการป้องกันหรือแก้ปัญหาอย่างไร
	<p>1. การเปลี่ยนผู้บริหารท้องถิ่น อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วม</p> <p>ป้องกัน/แก้ไข:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคืนข้อมูลแก่ชุมชน และการใช้สื่อประชาสัมพันธ์หลากหลายช่องทางอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ เพื่อสร้างความตระหนักและสร้างพลังสังคมให้เข้มแข็งและยั่งยืน <p>2. ปัญหาผู้ป่วยสูงอายุไม่มีผู้ดูแล</p> <p>ป้องกัน/แก้ไข:</p> <ul style="list-style-type: none"> - แสวงหาแนวร่วมจากครอบครัวผู้ป่วย ชุมชน และภาคีเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้การจัดการรายกรณี <p>3. อัตรากำลังไม่เพียงพอ</p> <p>ป้องกัน/แก้ไข:</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดโครงสร้างบริหารชัดเจน ให้เอื้อต่อการบูรณาการอัตรากำลังโดยรวมเป็นทีม และไม่แยกงานย่อย - วางแผนอัตรากำลังเสริม - กระจายอำนาจการดูแลและปล่อยถ่ายภาระงานให้ทีมสหวิชาชีพสอดคล้องกับ - นำ Information technology และ Innovation technology มาช่วยลดภาระงาน ลดขั้นตอน ลดเวลา

ชื่อหน่วยงานโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย .อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เขต 10 รพช. รพท. รพศ. วันที่ประเมิน.....

ตารางที่ 2 : ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้	
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย				
1.1 NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ใน และ/หรือนอกกระทรวงสาธารณสุข ภายในอำเภอ	1. ไม่มีกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการโรคไม่ติดต่อ	0		
	2. มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการอย่างมีส่วนร่วม	1		
	3. มีคณะกรรมการ NCD board เข้าร่วมประชุมอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ 70%	2		
	4. มีการดำเนินการนำ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ที่สอดคล้องกับการให้บริการ - เห็นแผนงาน โครงการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบาย - มีการกระจายข้อมูลให้บุคลากรได้รับทราบ และนำไปใช้ในการดำเนินงาน	3		
	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการให้บริการมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์ - มีแผนการพัฒนางานที่มาจากกรณีวิเคราะห์ปัญหา ช่องว่างของการทำงานที่ผ่านมา ให้มีความสอดคล้องกับ ทิศทาง และนโยบาย - มีการรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมของหน่วยงาน พร้อมทั้งมีการทบทวน และแก้ปัญหาการทำงานที่ผ่านมา	4		
1.2 วางแผนปฏิบัติการ และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ	1. ไม่มีแผนปฏิบัติการ	0		
	2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัดความสำเร็จตอบสนองต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย การดำเนินงาน (มีเอกสาร แผนปฏิบัติการที่ระบุกิจกรรม และแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของเป้าหมาย)	1		
	3. มีแผนปฏิบัติการที่ระบุการใช้ทรัพยากร และมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดยเป็นแผนปฏิบัติการที่มีการบูรณาการ สอดคล้องต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และบรรจุอยู่ในแผนของสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่าย	2		

	4. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่บูรณาการ และบรรจุอยู่ในแผนของสถาน บริการสาธารณสุข รวมทั้งมีการนำผลลัพธ์ของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และ ปรับปรุง		3		
	5. มีแผนพัฒนาระดับการบริการ หรือปรับแผนให้สอดคล้องกับการพัฒนา ระบบบริการ		4		
เกณฑ์	แนวทางการประเมิน		คะแนน	คะแนนที่ได้	
				ประเมิน ตนเอง	ทีม ประเมิน
1.3 สื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วม ทุกระดับ	1. ไม่มีการสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ		0		
	2. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขรับรู้ (ภายในหน่วยงาน)		1		
	3. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายทั้ง ใน และนอกสถานบริการสาธารณสุขได้รับรู้ทั่วถึงกัน (ภายใน และ ภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)		2		
	4. มีการประชุมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่าย บริการสุขภาพทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข รับรู้ทั่วถึงกัน เช่น มี รายงานการประชุม เป็นต้น		3		
	5. มีการประเมินผลแนวทางการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสารอย่างมี ส่วนร่วม และนำไปใช้ในการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น		4		
1.4 ติดตามความก้าวหน้า และทิศทางการดำเนินงานให้ บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus	1. ไม่มีการติดตามความก้าวหน้า		0		
	2. มีการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน (ไม่สม่ำเสมอ) * ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus * มีการกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุก 3 - 6 เดือน เป็นต้น		1		
	3. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สม่ำเสมอ และ ชัดเจน * กลไก เช่น การประชุมบอร์ด การประชุมทีมงาน การมอบหมาย ผู้รับผิดชอบ เป็นต้น		2		
	4. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สม่ำเสมอ และชัดเจน อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และมีรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน		3		

	5. มีการนำผลการกำกับติดตามมาพัฒนา ปรับปรุง การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของเครือข่ายบริการสุขภาพ		4		
1.5 บุคลากร สถานที่ และ สิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการ เข้าถึง การบริการ	1. มีสถานที่ในการให้บริการ แต่ยังไม่เป็นสัดส่วน และไม่มีกำหนด ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ		0		
	2. มีการจัดสถานที่สำหรับการให้บริการที่เป็นสัดส่วนชัดเจน แต่ไม่มี การกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ		1		
	3. มีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ เพื่อ อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และมีทีมสหวิชาชีพในการให้บริการแต่ ยังไม่ได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน		2		
	4. สถานที่ให้บริการ มีพื้นที่เพียงพอ สะดวก และเข้าถึงบริการได้ง่าย และ มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน		3		
	5. มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และ เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ		4		
1.6 เครื่องมือ และอุปกรณ์ สำหรับการให้บริการ ที่ เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้ งาน	1. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ แต่ไม่เพียงพอ		0		
	2. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการให้บริการ		1		
	3. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ และมี ประสิทธิภาพ		2		
	4. มีการดูแลรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการให้พร้อมใช้ งานได้อย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ		3		
	5. มีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง		4		
องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ					
2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการ ให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบ คอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร	1. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคล		1		
	2. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญ รายบุคคล และรายกลุ่ม		2		
	3. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญ รายบุคคล รายกลุ่ม ครบถ้วน		3		
	4. มีการใช้ผลทะเบียนข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำผลมาใช้ในการ ดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและ ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ		4		
	5. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็น ปัจจุบัน		5		

2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด	1. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ		1		
	2. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับ data center ระดับอำเภอ		2		
	3. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับ data center ระดับอำเภอ และจังหวัด		3		
	4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการแก้ไข		4		
	5. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง		5		
2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร)	1. สามารถนำข้อมูลบางส่วนมาวิเคราะห์ปัญหาได้		1		
	2. มีการนำข้อมูลจากหลายด้านมาวิเคราะห์ปัญหาตามชุดข้อมูลที่กำหนด		2		
	3. การมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการในการวิเคราะห์ปัญหา จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้		3		
	4. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้กำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการป้องกันควบคุมโรค		4		
	5. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย		5		
2.4 การรายงานข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน และตรงเวลา ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย	1. มีการรายงานข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนทุกปี		1		
	2. มีการรายงานข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา ตามรายไตรมาส		2		
	3. จัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ และเปรียบเทียบข้อมูลกับสถานบริการในระดับเดียวกัน		3		
	4. มีการนำข้อมูลจากการรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการปัญหา		4		
	5. มีการนำเสนอรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย		5		

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ				
3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน)	1. มีกระบวนการคัดกรอง แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน	1		
	2. มีการคัดกรอง มีการวินิจฉัยโรคร่วมกับการประเมินระยะของโรค และมีการลงทะเบียนแยกกลุ่ม	2		
	3. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการตามกลุ่ม แต่ไม่ครบทุกกลุ่ม	3		
	4. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการตามกลุ่มครบทุกกลุ่ม	4		
	5. มีการติดตามประเมินผลการจัดการทุกกลุ่มตามระยะของโรคอย่างต่อเนื่อง	5		
3.2 การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา	1. มีการวินิจฉัย และลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่อย่างครบถ้วน	1		
	2. มีการแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคลด้วยวาจา และการใช้สื่อ หรือเอกสารอื่นๆ เช่น สมุดประจำตัวผู้รับบริการ	2		
	3. มีทะเบียนแสดงการจัดกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามระยะของโรค	3		
	4. มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และจัดเป็นรายกลุ่ม	4		
	5. มีการคืนข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่มให้กับเครือข่าย	5		
3.3 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน แต่ไม่ครบถ้วน	1		
	2. มีการตรวจคัดกรอง และประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงครบถ้วน ถูกต้อง	2		
	3. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน และจัดระบบบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้	3		
	4. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน ถูกต้อง และดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้	4		
	5. มีการติดตามประเมินผลของการดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้	5		

3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCDs system Manager/ Coordinator) ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ	1. มีผู้ประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ		1		
	2. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้ง แต่ยังไม่ผ่านการอบรม nurse case manager หรือ system manager		2		
	3. มีผู้ประสานงาน NCD system manager/ coordinator และ ทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน		3		
	4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายในโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ		4		
	5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใน และภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงเครือข่าย		5		
3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน และ นอกกระทรวงสาธารณสุข ที่ เชื่อมโยงไปชุมชน	1. มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตาม ระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	1. มีหน่วยงานที่สังกัดภายในและภายนอก กระทรวงสาธารณสุขและชุมชน โดยใช้ระบบส่ง ต่อผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติร่วมกันในภาคี เครือข่าย	1		
	2. มีแนวทางสำหรับการปฏิบัติการเพื่อการดูแลรักษา และส่งต่อผู้ป่วย ไปยังสถานบริการแต่ละระดับ		2		
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับ หน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	2. มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน เช่น ชมรมผู้ป่วย อสม. แกนนำชุมชน อพปร. และจิตอาสา ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การคัดกรองภาวะเสี่ยง ต่อสุขภาพ การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่	3		
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษา โรคไม่ติดต่อ		4		

	5. มีการแจ้งผลการติดตามการประเมินเป็นระยะ และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่าย	อาจจะเกิด	5		
		ภาวะเฉียบพลัน			
3.6 ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย	1. มีระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) แต่ไม่มีเกณฑ์ดำเนินงานที่ชัดเจน	4. จัดทำแนวทางปฏิบัติระบบ EMS	1		
	2. มีระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และมีเกณฑ์ดำเนินงานที่ชัดเจน	5. จัดทำแนวทางปฏิบัติระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตา ไต เท้า หลอดเลือดและหัวใจ และหลอดเลือดสมอง	2		
	3. มีระบบ และมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้		3		
	4. มีการติดตามผลการปฏิบัติตามเกณฑ์การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน		4		
	5. นำผลการติดตามมาทบทวนและปรับปรุง		5		
องค์ประกอบที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง					
1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการ	1. มีการกำหนด core content ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม		1		

<p>ตัดสินใจ และการจัดการตนเอง รวมถึงการวางแผนดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p>	<p>2. มีเครื่องมือการประเมินศักยภาพ ความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม</p>		2		
	<p>3. มีแผน และกำหนดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการตามปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ป่วย</p>		3		
	<p>4. ดำเนินการตามแผน และติดตามความรู้ ทักษะเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง</p>		4		
	<p>5. นำผลการดำเนินงานมาทบทวน และพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน</p>		5		
<p>4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล</p>	<p>1. มีช่องทาง วิธีการ สื่อ เพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และผลการรักษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม</p>		1		
	<p>2. มีการให้ข้อมูลการรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (โดยใช้ คู่มือ สมุดสุขภาพ)</p>		2		
	<p>3. ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการบันทึกผลการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น SMBG / SMBP และแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ให้แก่ทีมสหวิชาชีพ</p>		3		
	<p>4. มีการนำผลการบันทึก และการจัดการตนเองมาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p>		4		
	<p>5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>		5		
<p>4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม</p>	<p>1. มีการรวมกลุ่ม ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง</p>		1		
	<p>2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง</p>		2		
	<p>3. กลุ่ม ชมรม ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด</p>		3		
	<p>4. กลุ่ม ชมรม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรม</p>		4		
	<p>5. กลุ่ม ชมรม มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง</p>		5		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้		
			ประเมินตนเอง	ทีมประเมิน	
4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ แต่ไม่เพียงพอ	1.มีแนวทางการสอนฉีดอินสุลิน จัดทำ Model การสอน เอกสารแผ่นพับ ทดลองฝึกทักษะการฉีดอินสุลินและ ทดสอบความเข้าใจของผู้ป่วย	1		
	2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ				
	3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ				
	4. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ				
	5. มีการประเมินผลการใช้เครื่องมือนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง				
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค)					
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ	1. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) แต่ไม่ครอบคลุมในการดำเนินงาน		1		
	2. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) ครอบคลุมการดำเนินงาน ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 2) การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 3) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อ 4) การให้ความรู้ และการดูแลตนเองขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 5) การดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ 				
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ				
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline)				

	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) เป็นระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่				
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการ ในคลินิก รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข	1. มีทีมประสานงาน และให้การปรึกษาแต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน		1		
	2. มีทีมให้การปรึกษาโดยสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล				
	3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล และเครือข่ายทุกระดับ				
	4. มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ และแนวทางที่กำหนด				
	5. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทุกวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ				
5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค	1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้		1		
	2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้				
	3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference / KM มาปรับปรุงกระบวนการงานจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง				
	4. มีการทบทวน และมีนวัตกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ และรวบรวมเป็นคลังความรู้				
	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวกหลายช่องทาง				
องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน					
6.1 การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน	1. มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน		1		
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน				
	3. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรม เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคให้ชุมชน โดยโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				

	4. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรม โดยท้องถิ่น ชุมชน เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงให้ชุมชนอย่างน้อยร้อยละ 50		4		
	5. มีการติดตามประเมินผลกิจกรรมตามแผน ร้อยละ 100		5		
6.2 สนับสนุนนโยบาย แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน		1		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการ ตามแผนงานที่วางไว้		2		
	3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค และมีการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)		3		
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค		4		
	5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น		5		
6.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	1. โรงพยาบาลมีแผนงานเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ/หรือ จัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน		1		
	2. โรงพยาบาลสนับสนุน และร่วมมือให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน มีแผนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง		2		
	3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีกลุ่ม ชมรม เพื่อดำเนินงานตามแผนกิจกรรมสุขภาพ และ/หรือ มีการจัดตั้งกลุ่ม ชมรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน หมายเหตุ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม - ชมรมต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 20 คน/ชมรม		3		

	4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน มีกลุ่ม ชมรม เพื่อดำเนินงานตามแผนกิจกรรมสุขภาพ และ/หรือ มีการจัดตั้งกลุ่มชมรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน หมายเหตุ - ชุมชน หมู่บ้าน ต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม		4		
	5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน รพ. ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง		5		
6.4 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.	1. โรงพยาบาล รพ.สต. มีแผนงานสนับสนุนให้อสม.มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ		1		
	2. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ		2		
	3. อสม. ดำเนินการตามแผน		3		
	4. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของอสม.		4		
	5. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานของอสม.		5		
6.5 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของ กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน	1. มีการจัดกิจกรรม แต่ไม่ได้ตั้งเป็น กลุ่ม ชมรม		1		
	2. มีการจัดกิจกรรม และมี กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน (1 ชมรม ต่อ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)		2		
	3. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเองซึ่งกำหนดโดยเจ้าหน้าที่		3		
	4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน		4		
	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดย กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน		5		

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า 7 %)
3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl
4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam
5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam
6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg
7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2))
8. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน
9. อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ
10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
11. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
12. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง
13. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท)
14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต
15. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD)

ตัวชี้วัดที่กำหนดให้มีไว้ แต่ไม่นำมาคิดคะแนน (4 ตัวชี้วัด)

16. อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
17. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
18. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
19. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (Fasting Plasma Glucose น้อยกว่า 130 mg/dl)

ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....เขต..... รพช. รพท. รพศ. รอบที่.....วันที่ประเมิน

ตารางที่ 4 : ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน		คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				จำนวน	ร้อยละ	1	2	3	4	5		
ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)												
1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	90	3			70	75	80	85	>=90	15	
2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า 7 %)	ร้อยละ	40	4			20	25	30	35	>=40	20	
หมายเหตุ: สำหรับสถานบริการที่ทำได้ถึงเกณฑ์ร้อยละ 40 แล้ว ให้ใช้เกณฑ์เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5												
3.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน และมี LDL < 100 mg/dl	ร้อยละ	60	3			40	45	50	55	>=60	15	
4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam	ร้อยละ	60	3			40	45	50	55	>=60	15	
5.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam	ร้อยละ	60	3			40	45	50	55	>=60	15	
6.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิต	ร้อยละ	60	3			40	45	50	55	>=60	15	

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน		คะแนน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
				จำนวน	ร้อยละ	1	2	3	4	5		
7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2))	ร้อยละ	2	3			10	8	6	4	≤ 2	15	
8. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	2	3			10	8	6	4	≤ 2	15	
9. อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	ร้อยละ	90	4			70	75	80	85	≥ 90	20	
10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	5.0	4			1.0	2.0	3.0	4.0	≥ 5.0	20	
11. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	90	3			70	75	80	85	≥ 90	15	
12. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	2.5	4			0.5	1.0	1.5	2.0	≥ 2.5	20	
13. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 mmHg)	ร้อยละ	50	4			30	35	40	45	≥ 50	20	
หมายเหตุ : สำหรับสถานบริการที่ทำได้ถึงเกณฑ์ ร้อยละ 50 แล้ว ให้ใช้เกณฑ์เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5												

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน		คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				จำนวน	ร้อยละ	1	2	3	4	5		
14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	ร้อยละ	80	3			60	65	70	75	>=80	15	
15. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD)	ร้อยละ	80	3			60	65	70	75	>=80	15	
รวม			50								250	

การคิดคะแนน ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

$$\text{คะแนนที่ได้} = (\text{คะแนน} \times \text{น้ำหนัก}) / \text{คะแนนเต็ม}$$

ตารางที่ 5 : สรุปผลคะแนนการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560

ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
ส่วนที่ 1 การประเมิน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)		<input type="checkbox"/> ดีเด่น <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พื้นฐาน
ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัด บริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)		
คะแนนรวม (100)		