

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก
NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

Factors Associated with Effectiveness of NCD Clinic Plus development
in the Health Region ๔, ๒๐๑๘

โดย

วุฒิศักดิ์ รักเดช
ขวัญใจ จิตรภักดิ์
กมลวรรณ คุ่มวงษ์

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลระดับต้น (First-level Hospital: F๑, F๓, F๓) ในเขตสุขภาพที่ ๔ จำนวน ๕๐ แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามแบบการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติโคสแควร์และสหสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในองค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ค่าเฉลี่ยน้อยสุดในองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ประเมินจากผลลัพธ์บริการตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๔ ตัว พบว่า โรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๒๖.๐ ในตัวชี้วัดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๒๔.๐ ในตัวชี้วัดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๒๒.๐ ในตัวชี้วัดผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๔.๐ ในตัวชี้วัดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ตามลำดับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus พบว่า ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ การเปรียบเทียบผลลัพธ์บริการคลินิก NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๐ กับ ปี ๒๕๖๑ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๔ พบว่า เพิ่มขึ้นในประเด็นตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เพิ่มร้อยละ ๔.๗๓๖ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มร้อยละ ๑๔.๒๖๖ และร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มร้อยละ ๗.๔๖๗ และลดลงในประเด็นตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลงร้อยละ ๔.๒๔๗ เนื่องจากเป็นพื้นที่เขตเมืองระบบการคัดกรองและการติดตามยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรผลักดันให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมกับสถานบริการด้านสาธารณสุข และชุมชน จัดทำนโยบาย และวางแผนการจัดบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน และจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพภายใต้ข้อมูลและสถานการณ์ของโรคในพื้นที่ **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ** จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น ดังนั้นระดับจังหวัดและอำเภอ คณะกรรมการ NCD board จะต้องกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ให้ชัดเจน โดยนำข้อมูลมาเชื่อมโยงวิเคราะห์หาแนวทาง และแผนการป้องกันที่จะลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ สำหรับการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ควรเน้นการพัฒนาในองค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยสนับสนุนสื่อหรือเครื่องมือในการจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธ์ภาพทางสังคม และองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ควรการสนับสนุนการจัดกิจกรรมจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมโรคไม่ติดต่อ และมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเอง และกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

Abstract

A study of factors related to the effectiveness of NCD Clinic Plus Clinical Development in Health District ၄, fiscal year ၂၀၁၈. The objectives were to study the performance of NCD Clinic Plus Clinic Development and to study the factors related to the effectiveness of NCD Clinic Plus Clinic Development. The study model was a survey research study. The study population was ၄၀ primary-level hospitals (First - level Hospital: F၀, F၁, F၂) in the ၄th health area. The study instrument was based on the NCD Clinic Plus Quality Assessment Form of the Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Control. Disease data analysis using descriptive statistics. Test hypothesis with chi-square statistics and correlation. The results of the study found that the overall development of the NCD Clinic Plus clinic is in a very good level. The highest mean in component ၈, System adjustments and service processes. The lowest mean in component ၆ provides community-connected services. Effectiveness of NCD Clinic Plus Clinical Development. Assessed from service results, government inspection and supervision indicators Ministry of Public Health, fiscal year ၂၀၁၈, ၄ numbers. It was found that the primary hospital in the ၄th health zone, ၆၁.၀% met the criteria for hypertensive patients with good blood pressure control. Passed the ၆၄.၀% threshold in the indicators of new diabetes patients decreased. Passed ၆၆.၀% criteria in indicators of diabetes patients with good blood sugar control. and passed the criteria of ၆၄.၀% in the indicators of new hypertension patients decreased, respectively. The study of the relationship between the components of the NCD Clinic Plus clinical development process found that all components were statistically correlated at the ၀.၀၅ level. Comparison of NCD Clinic Plus Clinical Service Outcomes in ၂၀၁၇ and ၂၀၁၈, an overview of the ၄th health district found that. Increase in indicator issues The percentage of new diabetics increased by ၄.၅၈၁%, the number of diabetic patients with good glycemic control increased by ၁၄.၆၁၁%, and the percentage of hypertensive patients with good control of their blood pressure increased by ၅.၄၆၅%, and the decrease into the issue of the indicator of new hypertension patients decreased by ၄.၆၄၅%, probably because it is an urban area, the screening system for follow-up still does not cover the target group.

Policy recommendations. Should encourage the local administration (local administration) together with the public health service center and the community to formulate policies and plan for the provision of non-communicable diseases in the community. and manage the environment to be conducive to health under the information and situation of disease in the area. **Practical suggestions.** Studies have shown that new cases of diabetes have increased. Therefore, at the provincial and district level, the NCD board must clearly define directions, policies, goals by bringing the information to be linked to analyze and find guidelines. and prevention plans to reduce the number of new diabetes cases. For the development of NCD Clinic Plus clinics, emphasis should be placed on the development of component ၄, self-management support systems. by supporting media or tools for self-management of patients physically, emotionally and socially and component ၆ provides community-connecting services should support the organization of activities for establishing non-communicable disease groups/clubs and have activities to exchange and learn to take care of yourself and formulate public policies that benefit the health of people in the community.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สำเร็จได้จากการสนับสนุนของหลายฝ่าย ขอขอบพระคุณนางวิจิตร เอี่ยมบริสุทธิ หัวหน้ากลุ่มแผนงาน และประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ที่ได้สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการอิสระ นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ นักวิชาการอิสระ (อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก) และนางสาววราภรณ์ อึ้งพานิชย์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ที่ได้ให้ความรู้และคำแนะนำในการทำวิจัย ตลอดจนถึงแนะนำการเขียนรายงานวิจัย

ขอขอบคุณ ผู้รับผิดชอบงานคลินิก NCD Clinic Plus กลุ่มงานพัฒนาภาคีเครือข่ายของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี และผู้รับผิดชอบงานคลินิก NCD Clinic Plus กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๔ ที่สนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

วิจัยฉบับนี้มีประโยชน์และคุณค่ากับการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus เพื่อลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วุฒิศักดิ์ รักเดช และคณะ

มีนาคม ๒๕๖๒

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย

ก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ข

กิตติกรรมประกาศ

ค

สารบัญ

ง

สารบัญตาราง

จ

บทที่ ๑ บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

๑

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๓

ขอบเขตการศึกษา

๓

นิยามศัพท์เฉพาะ

๔

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๕

กรอบแนวคิดการศึกษา

๖

บทที่ ๒ เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์ปัญหาโรคติดต่อเรื้อรัง

๗

ส่วนที่ ๒ รูปแบบการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑๐

ส่วนที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข

๑๔

ส่วนที่ ๔ แนวทางประเมินการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

๑๗

ส่วนที่ ๕ แนวคิดการวัดประสิทธิผลขององค์การ

๒๗

ส่วนที่ ๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๓๒

บทที่ ๓ วิธีการประเมิน

๑. รูปแบบการวิจัย

๓๗

๒. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๓๗

๓. วิธีดำเนินการศึกษา

๓๘

๔. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

๓๘

๕. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔๑

๖. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๔๒

บทที่ ๔ ผลการประเมิน

ส่วนที่ ๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔

๔๕

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

๔๕

ส่วนที่ ๓ การวิเคราะห์ประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

๕๑

ส่วนที่ ๔ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับประสิทธิผลการดำเนินงาน
พัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
และประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

๕๓

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผลการประเมิน และข้อเสนอแนะ

๕.๑ สรุปผลการศึกษา

๕๕

๕.๒ อภิปรายผล

๕๘

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

๖๒

บรรณานุกรม

๖๔

ภาคผนวก

แบบประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

๖๘

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ ๑ อัตราเสียชีวิตในช่วงอายุ ๓๐ - ๖๙ ปีระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๕ และ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของ กลุ่มโรคไม่ติดต่อสำคัญ	๗
ตารางที่ ๒ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ๒๕๔๘, ๒๕๕๐, ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๘	๘
ตารางที่ ๓ แสดงเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอมีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งานตามระดับของโรงพยาบาล	๒๐
ตารางที่ ๔ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ตามเกณฑ์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑	๔๐
ตารางที่ ๕ จำนวน และร้อยละ ของโรงพยาบาลระดับต้นทั้งหมดในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ในเขตสุขภาพที่ ๔ จำแนกตามจังหวัด	๔๕
ตารางที่ ๖ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย จำแนกรายข้อ และภาพรวมในปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๔๕
ตารางที่ ๗ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ จำแนกรายข้อ และภาพรวมในปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๔๖
ตารางที่ ๘ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย จำแนกรายข้อ และภาพรวม	๔๗
ตารางที่ ๙ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๔ มีระบบ สนับสนุนการจัดการตนเอง จำแนกรายข้อ และภาพรวมในปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๔๘
ตารางที่ ๑๐ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุน การตัดสินใจ จำแนกรายข้อ และภาพรวม ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๔๙
ตารางที่ ๑๑ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการ เชื่อมโยงชุมชน จำแนกรายข้อ และภาพรวมในปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๔๙
ตารางที่ ๑๒ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น จำแนกรายองค์ประกอบ และ ภาพรวมทุกองค์ประกอบ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๕๑
ตารางที่ ๑๓ จำนวน และร้อยละ ผลการประเมินผลลัพธ์บริการ ๔ ตัวชี้วัด คลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๕๑

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ ๑๔ จำนวน และร้อยละ ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์บริการคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑	๕๒
ตารางที่ ๑๕ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น จำแนกรายองค์ประกอบ กับ องค์ประกอบของ NCD Clinic Plus โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (correlation)	๕๓

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ ๑ อัตราป่วยโรคเบาหวาน ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ ๔ รายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑	๙
ภาพที่ ๒ อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ ๔ รายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑	๙
ภาพที่ ๓ รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง Wagner's chronic care model ค.ศ. ๒๐๐๒	๑๑
ภาพที่ ๔ รูปแบบหุ้นส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาในระบบ สุขภาพเรื้อรัง (WHO, ๒๐๐๒)	๑๒

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ ๗๐ ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับในประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ ๘.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เพิ่มจากร้อยละ ๖.๙ จากปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ ๒๔.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๔ จากปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งส่วนสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว คือ การพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขโดยให้ความสำคัญตั้งแต่โครงสร้างพื้นฐานของสถานบริการสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็ง เพื่อสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการจั้ดบริการที่มีคุณภาพและครอบคลุม การเข้าถึงของผู้รับบริการ ทั้งยังสามารถเชื่อมโยงกับชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน ทั้งการลดเสี่ยง ลดโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ ๔ มีรายงานสะสมผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน ๒๒,๖๑๘ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๔๙.๓๘ ต่อประชากรแสนคน พบอัตราป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (๒,๔๐๒.๐๙ ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาในกลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี (๖๐๑.๑๗ ต่อประชากรแสนคน) เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด คือ จังหวัดอ่างทอง (๑,๗๑๐.๒๕ ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาจังหวัดสิงห์บุรี (๑,๔๕๘.๘๘ ต่อประชากรแสนคน) และจังหวัดนครนายก (๑,๐๐๘.๕๖ ต่อประชากรแสนคน) เมื่อพิจารณาอัตราตาย ปี พ.ศ.๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ พบแนวโน้มของผู้เสียชีวิตลดลงจาก ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวน ๔,๒๗๕ ราย (๙๒.๒๖ ต่อประชากรแสนคน) ลดลงเหลือจำนวน ๒,๙๐๒ ราย (๗๐.๔๙ ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ.๒๕๖๐ พบกลุ่มอายุที่มีอัตราตายมากที่สุดคือกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (๓๕๔.๕๕ ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาในกลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี (๔๒.๑๘ ต่อประชากรแสนคน) และกลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี (๑๑.๒๗ ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราตายสูงที่สุด คือ จังหวัดสิงห์บุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา คิดเป็นอัตราตาย ๔๓๖.๖๕ ,๑๗๑.๙๐ และ ๘๕.๙๙ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

การพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อในสถานพยาบาล โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้มีการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ ด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ โดยเริ่มดำเนินการประเมินตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นการประเมินเชิงกระบวนการ ๖ องค์ประกอบ และโรงพยาบาลทุกแห่งได้รับการพัฒนา และรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ครบร้อยละ ๑๐๐ แต่ยังคงพบว่าโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จึงได้ปรับปรุงและเพิ่มการประเมินเชิงผลลัพธ์การบริการร่วมด้วย

เพื่อเป็นการวัดผลการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิก NCD ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น จึงเป็นที่มาของชื่อ NCD Clinic Plus

ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึง ๒๕๖๑ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการประเมินกระบวนการทั้ง ๖ องค์ประกอบอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า โรงพยาบาลยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์ประกอบที่ ๔ ในเรื่อง ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ ๖ ในเรื่อง จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน สำหรับผลการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีผลการประเมินค่อนข้างต่ำ และผลลัพธ์ยังไม่สอดคล้องตามเป้าหมาย โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง เป็นต้น การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการดังกล่าว จะสะท้อนการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งยังไม่สอดคล้องตามเป้าหมาย จึงต้องเน้นเรื่องการจัดบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมการให้บริการที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ เช่น การคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การวินิจฉัยการสนับสนุนการจัดการตนเอง รวมถึงการจัดบริการที่เชื่อมโยงกับชุมชน สำหรับผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic plus) ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่า ร้อยละ ๓๐.๘๘ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบของผู้จัดการรายกรณีในคลินิกโรคเรื้อรัง และยังไม่เคยเข้ารับการอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่ ๔ มีพยาบาลผ่านการอบรมผู้จัดการรายกรณี ร้อยละ ๒๖.๑๔ และพยาบาลผ่านการอบรมผู้จัดการระบบสุขภาพ ร้อยละ ๒๒.๔๑ และผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า โรงพยาบาลยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์ประกอบที่ ๔ ในเรื่อง ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ ๖ ในเรื่อง จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินระดับประเทศ

กลุ่มแผนงานและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ซึ่งมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลแผนงานโครงการสำคัญ ที่เป็นนโยบายสำคัญ และจุดเน้น ของกรมควบคุมโรค หรือเป็นโครงการที่ได้รับจัดสรรงบประมาณตั้งแต่ ๕๐๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป สำหรับในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ได้พิจารณาติดตามประเมินผลภาพรวมของการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ต่อภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น กลุ่มแผนงานและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี จึงเห็นความสำคัญ และความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี งบประมาณ ๒๕๖๑ เพื่อจะได้ทราบถึงสถานการณ์ ผลการประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี งบประมาณ ๒๕๖๑ และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี หลังดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ และกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานในการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๔ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑.๒.๑ เพื่อจะได้ทราบถึงสถานการณ์ ผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑.๒.๒ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑.๒.๓ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และเชิงปฏิบัติ ในการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔

๑.๓ ขอบเขตการศึกษา

๑.๓.๑ ด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผลการประเมิน และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เชิงปฏิบัติ ในการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ ๔ และนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ และกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ ให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยการทบทวนเอกสารที่งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำเสนอรูปแบบในเชิงปริมาณ

๑.๓.๒ ด้านพื้นที่

ศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๔ หน่วยงานที่เป็นผู้ดำเนินงานประเมิน คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประเมิน และส่งผลการประเมินมาให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๔ ของโรงพยาบาลระดับต้น (First-level hospital: F๑,F๓,F๓) จำนวน ๕๐ แห่ง

๑.๓.๓ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๔ โดยศึกษาจากผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในแต่ละจังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ผู้ศึกษาได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็น โรงพยาบาลระดับต้น (First-level hospital: F๑,F๓,F๓) ในเขตสุขภาพที่ ๔ ทุกแห่ง จำนวน ๕๐ แห่ง

๑.๓.๔ ด้านระยะเวลา ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน มกราคม ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

๑.๔ นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus หมายถึง ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยคัดเลือกตัวชี้วัดบริการที่สำคัญที่ใช้ในการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ในเรื่องดังต่อไปนี้

- | | |
|----------------------|---|
| ๑.โรคเบาหวาน | ๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง |
| | ๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี |
| ๒.โรคความดันโลหิตสูง | ๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง |
| | ๔. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี |

กระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus หมายถึง การประเมินคุณภาพ และการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อโดย อ้างอิงจากต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Chronic Care Model กับระบบบริการในสถานบริการสาธารณสุข โดยมีโครงสร้างด้านกระบวนการดำเนินงาน ๖ องค์ประกอบ ดังนี้

- องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทางและนโยบาย
- องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ
- องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ
- องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง
- องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
- องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

คลินิก NCD Clinic Plus หมายถึง คลินิก/ศูนย์บริการของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษา จัดการโรคเรื้อรังให้แก่ผู้มารับบริการ รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง ต่อการดำเนินโรคของ ๔ โรคเป้าหมายหลัก คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เพื่อการดูแล ลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) การรักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพที่ ๔ หมายถึง พื้นที่ภาคกลางดูแลรับผิดชอบจำนวน ๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ระดับโรงพยาบาล หมายถึง ขนาดหรือขีดความสามารถของโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ ตามขีดความสามารถจากน้อยไปมากที่สุด ดังนี้

๑. โรงพยาบาลระดับต้น (First - level Hospital: F๑ ,F๓ ,F๓) คือ โรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

- ๑.๑ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F๓) หมายถึง รพช. ขนาดเตียง ๑๐ เตียง
- ๑.๒ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F๒) หมายถึง รพช. ขนาดเตียง ๓๐ - ๙๐ เตียง
- ๑.๓ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (ระดับ F๑) หมายถึง รพช. ขนาดเตียง ๖๐ - ๑๒๐

๒. โรงพยาบาลระดับกลาง (Middle - level Hospital: M๑ ,M๒) คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลระดับต้น แบ่งออกเป็น ๒ ระดับ ดังนี้

๒.๑ โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ M๒) หมายถึง รพช. ขนาดเตียง ๑๒๐ เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง ๖ สาขาหลัก

๒.๒ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M๑) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ

๓. โรงพยาบาลระดับสูง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (Standard – level Hospital: S) คือ โรงพยาบาลระดับจังหวัด ที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลระดับต้น แบ่งออกเป็น ๒ ระดับ

๓.๑ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (ระดับ S) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ

๓.๒ โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์

๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๕.๑ ทราบสถานการณ์การจัดบริการคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น และสามารถนำผลการประเมินไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔

๕.๒ นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ และกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานการพัฒนาแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๕.๓ ประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ได้รับบริการจากการดำเนินงานของคลินิก NCD ของโรงพยาบาลระดับต้นที่มีคุณภาพ

๑.๖ กรอบแนวคิดการศึกษา

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาประยุกต์ในกรอบแนวคิดในการทำวิจัย “ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี งบประมาณ ๒๕๖๑ ” ดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้น

องค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก

NCD Clinic Plus

- องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทางและนโยบาย
- องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ
- องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและ
กระบวนการบริการ
- องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการ
ตนเอง
- องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
- องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ตัวแปรตาม

ประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก

NCD Clinic Plus

โรคเบาหวาน

๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

โรคความดันโลหิตสูง

๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง
๔. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้ศึกษาและทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ส่วนที่ ๑ สถานการณ์ปัญหาโรคติดต่อเรื้อรัง
- ส่วนที่ ๒ รูปแบบการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ส่วนที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข
- ส่วนที่ ๔ แนวทางประเมินการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus
- ส่วนที่ ๕ แนวคิดการวัดประสิทธิผลขององค์การ
- ส่วนที่ ๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์ปัญหาโรคติดต่อเรื้อรัง

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้คร่าชีวิตประชากรไทยมากถึงร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือราวประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปี โดยในจำนวนนี้พบว่าประมาณกว่าครึ่งหนึ่งหรือราวประมาณร้อยละ ๕๕ เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า ๗๐ ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกกล่าวว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรดังกล่าวมีโรคไม่ติดต่อที่สำคัญจำนวน ๔ โรคคือ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๕ กับ ปีพ.ศ. ๒๕๕๘ จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิต ของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย สรุปสาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว พบว่า อัตราตายในช่วงกลุ่มอายุ ๓๐ - ๖๙ ปีของทั้ง ๔ โรคมิแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุดจาก ๓๓.๔ ต่อแสนประชากรเพิ่มเป็น ๔๐.๙ ต่อแสนประชากร รองลงมา คือโรคหัวใจขาดเลือด จาก ๒๒.๔ ต่อแสนประชากร เป็น ๒๗.๘ ต่อแสนประชากร, โรคเบาหวานจาก ๑๓.๒ ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น ๑๗.๘ ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก ๓.๘ ต่อแสนประชากรเป็น ๔.๕ ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตรายโรคจำแนกตามเพศ พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงประมาณ ๒ - ๓ เท่า ขณะที่โรคเบาหวาน พบการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ ๓๐ - ๖๙ ปี มากในเพศหญิง รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ อัตราเสียชีวิตในช่วงอายุ ๓๐ - ๖๙ ปีระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๕ และ พ.ศ. ๒๕๕๘ ของ ๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อสำคัญ

๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อสำคัญ	พ.ศ. ๒๕๕๕			พ.ศ. ๒๕๕๘		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
๑. โรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)	๔๖.๓	๒๑.๓	๓๓.๔	๕๖.๘	๒๕.๙	๔๐.๙
๒. โรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๕)	๑๑.๘	๑๔.๕	๑๓.๒	๑๗.๐	๑๘.๕	๑๗.๘
๓. โรคหัวใจขาดเลือด (I๒๐-I๒๕)	๓๒.๕	๑๒.๙	๒๒.๔	๔๐.๕	๑๕.๘	๒๗.๘
๔. โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (J๔๐-J๔๔)	๖.๐	๑.๗	๓.๘	๗.๔	๑.๗	๔.๕

ที่มา : ข้อมูลทะเบียนการตาย จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย จากข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบสาเหตุหลักของความสูญเสียในเพศชาย ได้แก่ การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือ อุบัติเหตุทางถนน และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ ๘.๘, ๘.๐ และ ๖.๙ ตามลำดับ สำหรับในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ ๘.๒, ๗.๙ และ ๕.๔ ตามลำดับ และจากข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยหนึ่งในสามของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๘.๙ คิดเป็นจำนวนประมาณ ๔.๘ ล้านคน ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นปีละประมาณ ๓๐๐,๐๐๐ คน ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๒๔.๗ คิดเป็นจำนวนประมาณ ๑๓ ล้านคน ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นปีละประมาณ ๖๐๐,๐๐๐ คน และพบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน (BMI \geq ๒๕ kg/m²) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๔.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๓๗.๕ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางด้านการตลาด และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น

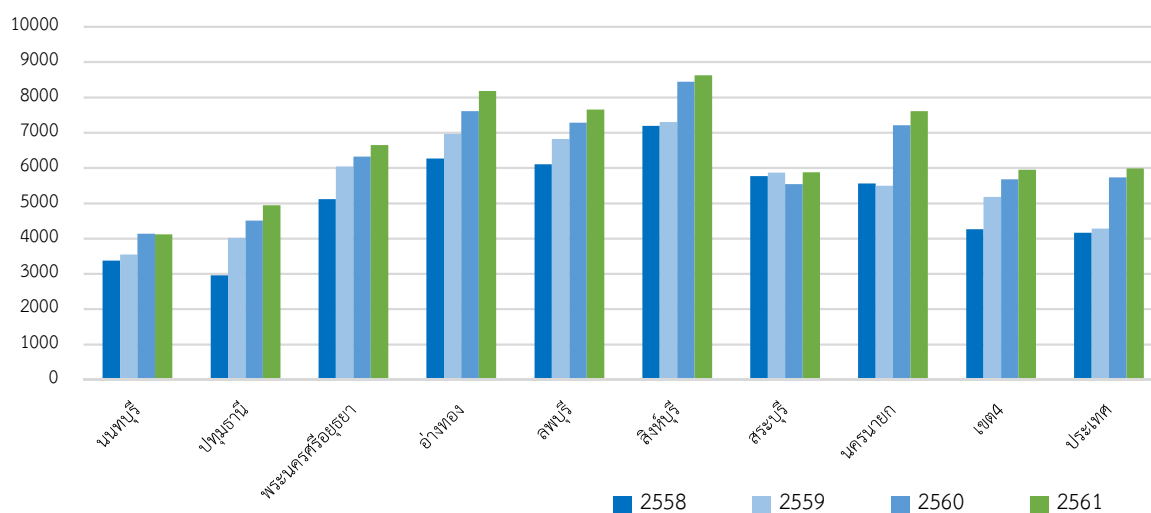
การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๓๐.๕, ภาวะอ้วนร้อยละ ๗.๕, การสูบบุหรี่ร้อยละ ๒๑.๓, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๓๖.๒, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมาร้อยละ ๗.๓, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Binge drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมาร้อยละ ๑๓.๖, และการรับประทานผัก และผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวันภายใน ๗ วันที่ผ่านมาร้อยละ ๒๔.๓ ตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ๒๕๔๘, ๒๕๕๐, ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๘

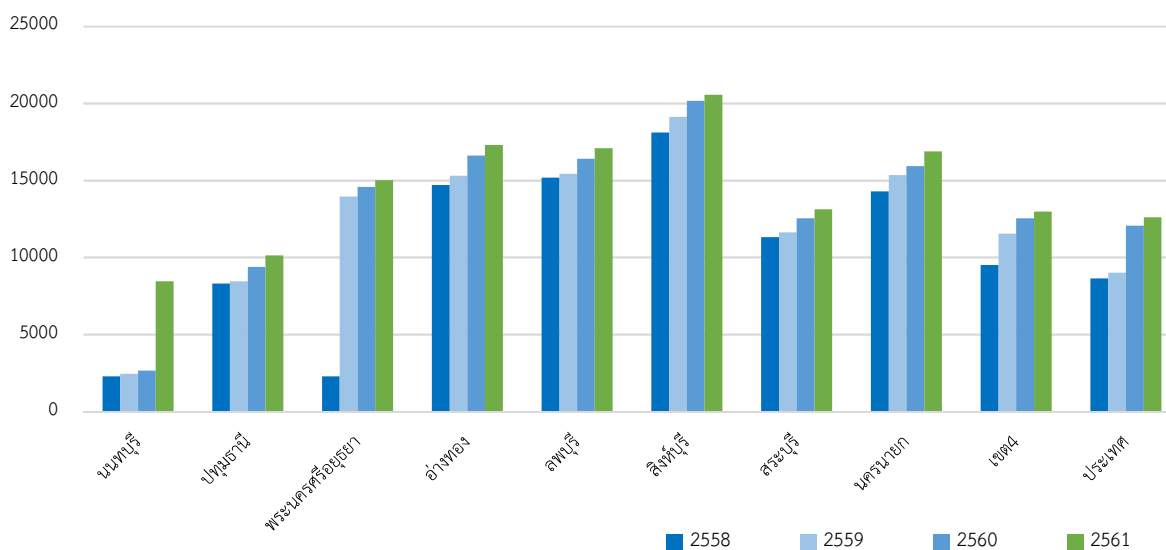
ความชุก (Overall Prevalence (%))	๒๕๔๘	๒๕๕๐	๒๕๕๓	๒๕๕๘*
กลุ่มประชากรเป้าหมายการสำรวจฯ	๑๕-๗๔ ปี	๑๕-๗๔ ปี	๑๕-๗๔ ปี	๑๕-๗๔ ปี
จำนวนตัวอย่าง (คน)	๑๓๐,๓๐๑	๖๕,๕๔๒	๑๓๐,๘๔๙	๒๒,๕๐๒
๑. น้ำหนักเกิน (BMI $>$ ๒๕.๐ kg/m ²)	๑๖.๑	๑๙.๑	๒๑.๓	๓๐.๕
๒. ภาวะอ้วน (BMI $>$ ๓๐ kg/m ²)	๓.๐	๓.๗	๔.๔	๗.๕
๓. การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	๒๒.๓	๒๑.๕	๑๘.๗	๒๑.๓
๔. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน	๓๗.๔	๓๖.๑	๒๙.๕	๓๖.๒
๕. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy Drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา	๓.๖	๓.๖	๔.๓	๗.๓
๖. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Binge Drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา	๑๔.๐	๑๓.๗	๙.๒	๑๓.๖
๗. การรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วย มาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา	๑๗.๔	๒๒.๕	๒๑.๗	๒๔.๓
๘. การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (GPAQ)	๙๑.๕	๙๒.๕	๘๒.๒	๓๖.๑ (CDC)*

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS)

สำหรับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ ๕,๙๕๑.๕๗ ต่อประชากรแสน และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑๒,๙๘๖.๔๙ ต่อประชากรแสน โดยจังหวัดสิงห์บุรีมีอัตราป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดอ่างทอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดนครนายก จังหวัดลพบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสระบุรี จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดนนทบุรี ตามลำดับ (ข้อมูล HDC วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑)



ภาพที่ ๑ อัตราป่วยโรคเบาหวาน ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ ๔ รายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑



ภาพที่ ๒ อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ ๔ รายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังพบว่า รสชาติอาหารที่รับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่ ได้แก่ อาหารที่มีรสจัดมากที่สุด (ร้อยละ ๓๖.๘) รองลงมาคือ รสเผ็ด (ร้อยละ ๒๘.๗) รสเค็ม (ร้อยละ ๑๓.๐) รสหวาน (ร้อยละ ๑๑.๒) และรสอื่นๆ เช่น รสเปรี้ยว และรสขาคึ่งกลางๆ (ร้อยละ ๑๐.๓) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีลักษณะแตกต่างกันตามกลุ่มวัย คือ วัยเด็กเกินกว่าครึ่งหนึ่งชอบบริโภคอาหารรสจัดเป็นประจำ รองลงมาคือ รสหวาน ส่วนเยาวชน วัยรุ่นและวัยทำงานชอบบริโภคอาหารรสเผ็ดมากขึ้น และรับประทานอาหารรสจืดน้อยลง แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะบริโภคอาหารรสจืดมากขึ้น และรับประทานอาหารรสเผ็ดลดลง สำหรับวิธีปรุงอาหารที่รับประทานเป็นประจำด้วยวิธีปรุงโดยใช้น้ำมัน ได้แก่ อาหารประเภทผัด และประเภททอดสูงสุด (ร้อยละ ๔๘.๕) สำหรับกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ช่วงอายุที่มีการออกกำลังกายมากที่สุด คือ ช่วงอายุ ๑๕- ๓๙ ปี (ร้อยละ ๒๕.๗๘) รองลงมาคือช่วงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๑๒.๑๔) และด้านความเครียด พบว่า กลุ่มอายุที่เกิดความเครียดสูงสุด คือ กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๔.๓๒) และยังพบภาวะเสี่ยงของประชาชนที่ยังไม่ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI) ร้อยละ ๔๒.๖๕ รอบเอวเกิน (ชายมากกว่า ๙๐ เซนติเมตร หญิงมากกว่า ๘๐ เซนติเมตร) ร้อยละ ๓๐.๕๓ และมีระดับไขมันในเลือดน้อยกว่า ๑๐๐ mg/dl เพียงร้อยละ ๓๐.๖๖ สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เพียงร้อยละ ๒๔.๖๑ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพียงร้อยละ ๓๑.๕๓ ข้อมูลปี ๒๕๖๑

ส่วนที่ ๒ รูปแบบการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

รูปแบบการจัดบริการเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดที่มีบทบาทสำคัญ ในการบริหารจัดการจัดการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อน เพื่อความพิการ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแนวคิดในการจัดการ และพัฒนาคุณภาพระบบสถานบริการสุขภาพ ดังนี้

๑. รูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner เป็นรูปแบบที่ปรับการดูแลแบบระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการ ทำให้เข้าถึงประชากร และการป้องกันโรคมากขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย โดยมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ แต่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ โดยบทบาทของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และผู้รับการดูแลรักษาเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา พื้นที่การดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเกิดขึ้นใน ๓ ส่วน ที่ซ้อนทับกันโดย ส่วน ๑ คือ ส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ ชุมชน ส่วนวงในที่ซ้อนทับอยู่คือ ระบบสุขภาพ และหน่วยงานบริการสุขภาพ (Wagner, G. J., Remien, R.H., Carballo-Diequez, A. & Dolezal, C., ๒๐๐๒) ดังภาพที่ ๓ ทั้ง ๓ ส่วนนี้ มีองค์ประกอบที่จำเป็น ๖ องค์ประกอบ คือ

๑.๑ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการสุขภาพ

๑.๒ หน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มีโครงสร้าง เป้าหมาย และค่านิยม ประกอบเป็นรากฐานให้องค์ประกอบอื่น ๆ

- ๑.๓ การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- ๑.๔ การออกแบบระบบบริการ โดยทีมสหวิชาชีพทั้งทางการแพทย์ และทางสาธารณสุข ที่ประสานดำเนินการอย่างครอบคลุม เพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยในระยะยาว
- ๑.๕ การสนับสนุนการตัดสินใจ
- ๑.๖ ระบบข้อมูลทางคลินิก



ภาพที่ ๓ รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง Wagner’s chronic care model ค.ศ. ๒๐๐๒

๒. รูปแบบหุ้นส่วน และองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหา ระบบสุขภาพเรื้อรัง (World Health Organization, ๒๐๐๒) โดยองค์การอนามัยโลกพัฒนา WHO’s Innovative Care for Chronic Conditions Framework ในปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ขึ้นเป็นรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน โดยได้ให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการจัดการโรค แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับระบบบริการสุขภาพและชุมชน และระดับของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายอย่างผสมผสานต่อเนื่อง และมีการปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว เพื่อส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น ดังภาพที่ ๔



ภาพที่ ๔ รูปแบบหุ้นส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาาระบบสุขภาพเรื้อรัง (WHO, ๒๐๑๒)

สำหรับแนวทางการดำเนินงาน การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาด้านผลลัพธ์บริการ จากเดิมเน้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพเท่านั้น สำหรับในปี ๒๕๖๐ ได้นำรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อของ Wagner มาปรับเป็นการดูแลแบบบูรณาการ ที่มีการประสานผลการดำเนินงานร่วมกัน และเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพ การส่งเสริมป้องกันโรค ศูนย์รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดอัตราป่วย ภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป้าประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๑ ประกอบด้วย

๑. กลุ่มผู้ป่วยสามารถควบคุมสถานะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย
๒. ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด
๓. ผู้รับบริการใน ๔ โรคเป้าหมายหลักข้างต้น สามารถควบคุมได้ป้องกันปัจจัยเสี่ยง ร่วมกับ

โอกาสเสี่ยงได้

๔. ลดอัตราการเสียชีวิตโดยตรงจากโรคไม่ติดต่อในผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงอายุ ๓๐-๗๐ ปี

โดยมีการดำเนินงานแบ่งตามองค์ประกอบหลักออกเป็น ๒ องค์ประกอบ คือ

๑. การประเมินกระบวนการพัฒนา ๖ องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทางและนโยบาย

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ

องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ

องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

องค์ประกอบที่ ๖ การจัดการเชื่อมโยงชุมชน

๒. การประเมินผลลัพธ์บริการ ๑๕ ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการในเขตพื้นที่

รับผิดชอบ

ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ตัวชี้วัดที่ ๓ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL

ตัวชี้วัดที่ ๔ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retina Examination

ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot Exam

ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg.

ตัวชี้วัดที่ ๗ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง

ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวชี้วัดที่ ๙ อัตราประชากรในความดูแลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

ได้รับการคัดกรองด้วยวิธี Impaired Fasting Glucose

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษา

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง

ภาวะแทรกซ้อนทางไต และมี CKD stage ๓ ขึ้นไป

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือด CVD

ส่วนที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงสร้างการบริหารราชการของ กระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ หน่วยบริหาร ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในแต่ละระดับมีการบริหารงานแบบเครือข่ายเชื่อมโยงกัน โดยจัดระดับสถานบริการสุขภาพตามศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับ

กระทรวงสาธารณสุข มีแผนพัฒนาระบบบริการในส่วนภูมิภาค โดยกำหนดให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีระยะเวลาการพัฒนาน้อยกว่า ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙) โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง และการสร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงกันภายในระดับจังหวัด ภายในเขต โดยยึดหลักและกรอบแนวคิดการพัฒนาสถานบริการสุขภาพในภูมิภาค ๓ ประการ ได้แก่

๑) เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network)

๒) แนวคิดการพัฒนาเครือข่ายบริหารระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network)

๓) การจัดให้มีโรงพยาบาลสำหรับรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital cascade) ของระบบบริการเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง เพื่อการบริหารทรัพยากรในเครือข่ายที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงการลงทุนซ้ำซ้อน และจัดสภาพการแข่งขันของสถานพยาบาล

๓.๑ การจัดระดับโรงพยาบาล แบ่งตามศักยภาพ มี ๓ ระดับ ดังนี้

๓.๑.๑ โรงพยาบาลระดับต้น (First – level Hospital: F)

๓.๑.๑.๑ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F ๓) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดจำนวนเตียง ๓๐ เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวมประมาณ ๑ - ๒ คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัดใหญ่ มีห้องคลอด มีตึกผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน ทำหน้าที่สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในให้เต็มรูปแบบ

๓.๑.๑.๒ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F ๒) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดจำนวนเตียง ๓๐ - ๕๐ เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมประมาณ ๒ - ๕ คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีการจัดบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รongรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของแต่ละอำเภอ ทำหน้าที่สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

๓.๑.๑.๓ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F ๑) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดจำนวนเตียง ๕๐ - ๑๒๐ เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน (คงที่มีอยู่เดิมไม่เพิ่มจำนวน) รวมประมาณ ๓ - ๑๐ คน มีห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใน ห้องคลอด และทำหน้าที่สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

๓.๑.๒ โรงพยาบาลระดับกลาง (Middle – level Hospital: M)

๓.๑.๒.๑ โรงพยาบาลแม่ข่าย M ๒ (Node) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดจำนวนเตียง ๑๒๐ เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประมาณ ๓ - ๕ คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง ๖ สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญี) สาขาละอย่างน้อย ๒ คน มีห้องผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องผู้ป่วยหนัก ห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัย ประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางรังสีวิทยา เพื่อวินิจฉัยโรคประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ๖ สาขา รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่น และลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และทำหน้าที่สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ (ระดับ M ๒ หรือ Node)

๓.๑.๒.๒ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก M ๑ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง

๓.๑.๓ โรงพยาบาลระดับสูง ได้แก่

๓.๑.๓.๑ โรงพยาบาลทั่วไป S (Standard – level Hospital: S) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน

๓.๑.๓.๒ โรงพยาบาลศูนย์ A (Advance – level Hospital: A) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีขั้นสูง และมีราคาแพง (Advance & Sophisticate Technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อย ครบทุกสาขาตามความจำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อ ผู้ป่วยระดับสูง

๓.๒ การจัดระดับของโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ ๔

๓.๒.๑ โรงพยาบาลระดับต้น (First – level Hospital: F๑, F๓, F๓) เขตสุขภาพที่ ๔ มีจำนวน ๕๐ แห่ง ดังนี้

๑) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F ๓) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับอำเภอ) ขนาดจำนวนเตียง ๑๐ เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ ในเขตสุขภาพที่ ๔ ประกอบด้วยโรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลบางซาย โรงพยาบาลบ้านแพรก โรงพยาบาลมหาสาร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสามโก้ จังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลสระโบสถ์ โรงพยาบาลโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลดอนพุด โรงพยาบาลหนองโดน จังหวัดสระบุรี และโรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก

๒) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F ๒) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับอำเภอ) ขนาดจำนวนเตียง ๓๐ - ๔๐ เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และจัดบริการตามมาตรฐานของบริการทุติยภูมิ โดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ในเขตสุขภาพที่ ๔ ประกอบด้วย โรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลคลองหลวง โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม โรงพยาบาลหนองเสือ โรงพยาบาล

ลาดหลุมแก้ว โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลท่าเรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (นครหลวง) โรงพยาบาลบางไทร โรงพยาบาลบางบาล โรงพยาบาลบางปะหัน โรงพยาบาลผักไห่ โรงพยาบาลภาชี โรงพยาบาลลาดบัวหลวง โรงพยาบาลวังน้อย โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลไชโย โรงพยาบาลป่าโมก โรงพยาบาลโพธิ์ทอง โรงพยาบาลแสวงหา จังหวัดอ่างทอง โรงพยาบาลพัฒนานิคม โรงพยาบาลท่าม่วง โรงพยาบาลท่าหลวง โรงพยาบาลลำสนธิ โรงพยาบาลหนองม่วง จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลบางระจัน โรงพยาบาลค่ายบางระจัน โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลแก่งคอย โรงพยาบาลหนองแค โรงพยาบาลวิหารแดง โรงพยาบาลหนองแซง โรงพยาบาลบ้านหม้อ โรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา โรงพยาบาลมวกเหล็ก โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลบ้านนา โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก

๓) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (ระดับ F ๑) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับอำเภอ) ขนาดจำนวนเตียง ๖๐ - ๑๒๐ เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูกและวิสัญญีแพทย์) เป็นบางสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน ในเขตสุขภาพที่ ๔ คือ โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

๓.๒.๒ โรงพยาบาลระดับกลาง (Middle - level Hospital: M ๑, M ๒) เขตสุขภาพที่ ๔ มีจำนวน ๑๓ แห่ง ได้แก่

๑) โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย (ระดับ M ๒) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน (ระดับอำเภอ) ขนาดจำนวนเตียง ๑๒๐ เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง ๖ สาขาหลัก ในเขตสุขภาพที่ ๔ ประกอบด้วย โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาล บางกรวย โรงพยาบาลปากเกร็ด โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลโคกสำโรง โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี และโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

๒) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M ๑) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M๑) ในเขตสุขภาพที่ ๔ ประกอบด้วย โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

๓.๒.๓ โรงพยาบาลระดับสูง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๔ มีจำนวน ๘ แห่ง ได้แก่

๑) โรงพยาบาลทั่วไป S (Standard - level Hospital: S) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลักสาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน (ระดับ S) โรงพยาบาลบางแห่งอาจจัดการศึกษาด้านแพทย์ศาสตร์ศึกษา โดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในพื้นที่ได้ ในเขตสุขภาพที่ ๔ ประกอบด้วย โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลนครนายก

๒) โรงพยาบาลศูนย์ A (Advance - level Hospital: A) เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคา

แพ่ง (Advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็นกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง เขตสุขภาพที่ ๔ ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลสระบุรี

ส่วนที่ ๔ แนวทางประเมินการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

การพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus เริ่มต้นจากข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นภาระโรคของคนทั่วโลก รวมถึงของประเทศไทยด้วย โดยใน ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗ เป็นร้อยละ ๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ ๓๘.๒ และพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๒ เป็นร้อยละ ๒๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๖๐.๙ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ล้วนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรม ที่สามารถป้องกันได้ง่ายกว่าการรักษา โดยการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เป็นโรค รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการสร้างความร่วมมือกันจากทุกเครือข่าย ในการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการทำงาน ส่งผลต่อการลดอัตราป่วย อัตราตาย และภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต ร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุข ได้พัฒนาคู่มือการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินคุณภาพคลินิก NCD ให้มีความครอบคลุมทั้งกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์บริการ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๕๙) โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานคุณภาพของคลินิก NCD Clinic Plus ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๔ ด้วยการประเมินกระบวนการของโรงพยาบาล และผลลัพธ์บริการ ๑๕ ตัวชี้วัด ตามที่สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กำหนด เพื่อให้ใช้ปรับปรุง และพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ให้ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

๑. กลุ่มป่วยสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย
๒. ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด
๓. ผู้รับบริการใน ๔ โรคเป้าหมายหลักข้างต้นสามารถควบคุมได้ป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วมโอกาสเสี่ยงได้
๔. ลดอัตราการเสียชีวิตโดยตรงจากโรคไม่ติดต่อในผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี

วิธีการและขั้นตอนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

แนวทางการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยนำรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อของ Wagner มาปรับเป็นการดูแลแบบบูรณาการ ที่มีการประสานการดำเนินงานร่วมกัน และเชื่อมโยงการบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมป้องกัน ดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย (World Health Organization, ๒๐๐๒) เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดอัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต แบ่งองค์ประกอบหลักออกเป็น ๒ องค์ประกอบ ดังนี้

๑.การประเมินกระบวนการพัฒนา ๖ องค์ประกอบ ได้แก่

- องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทางและนโยบาย
- องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ
- องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ
- องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง
- องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
- องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทางและนโยบาย การประเมินทิศทางและนโยบาย ประกอบด้วย คณะกรรมการ NCD Board การวางแผนปฏิบัติการ ข้อตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การสื่อสาร ทิศทางนโยบาย และเป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ และการติดตามความก้าวหน้า โดยกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์ ตามรายละเอียดดังนี้

๑.๑ คณะกรรมการ NCD board ประกอบด้วย ภาควิชาหรือข่ายใน และ/หรือนอกกระทรวงสาธารณสุข ภายในอำเภอ NCD board มีบทบาทหน้าที่กำหนดทิศทางนโยบาย เป้าหมายของการให้บริการโรคไม่ติดต่อที่เน้นการป้องกันควบคุมไปกับการรักษา เพื่อลดโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ NCD board จะต้องมีการประชุม ทุกไตรมาสอย่างต่อเนื่อง และมีสรุปรายงานการประชุม ติดตามผลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข วิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) เพื่อการพัฒนาปรับทิศทาง และเป้าหมาย เพื่อตอบสนองต่อการลดปัญหาและมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการให้บริการโรคไม่ติดต่อ (เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา : เช่น แผนงานหนังสือคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน และบทบาทรับผิดชอบเป็นต้น)

๑.๒ วางแผนปฏิบัติการ และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการ ในการป้องกันและจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ การวางแผนปฏิบัติการจะต้องมีผู้รับผิดชอบ ทีมที่รับผิดชอบในการเชื่อมโยงแผนปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการมีการวิเคราะห์ปัญหา (GAP analysis) และชี้เป้าปัญหาอย่างมีส่วนร่วม มีการนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการ โดยที่แผนปฏิบัติการ กิจกรรมจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่สามารถวัดได้ และตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงกระบวนการ ทิศทางนโยบาย รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานของ NCD Clinic Plus

หมายเหตุ:

๑) เป็นแผนที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบายเป้าหมายในข้อ ๑.๑

๒) ทรัพยากรในที่นี้รวมถึง คน งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์

- มีการวิเคราะห์ GAP ทั้ง ๖ องค์ประกอบ
- มีการกำหนดยุทธศาสตร์ตาม SWOT analysis ที่ได้
- มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus (ปิด GAP)

๓) แผนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ Contracting Unit for Primary Care (CUP) คือ แผนของการวางระบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิ ให้ตอบสนองต่อความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และเชื่อมโยงกิจกรรมดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นองค์กรรวม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษา และการส่งต่อ โดยกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่สามารถป้องกันได้ ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) District Health Board (DHB) คือ แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ที่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์กรรวม เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของ และภาวะการนำในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ร่วมกัน มีการบูรณาการและประสานความร่วมมือ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ในการนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป

๑.๓ สื่อสารทิศทางนโยบายเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ การสื่อสารต้องมีการประกาศผลของการประชุมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับรู้รับทราบ ทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายของการพัฒนา NCD Clinic Plus อย่างทั่วถึง และมีการประเมินผลเพื่อนำเข้ามาปรับปรุงแนวทางการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสาร

๑.๔ ติดตามความก้าวหน้าและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus โดยจะต้องมีการทบทวนทิศทางการดำเนินงานทุกไตรมาส และนำผลการทบทวนติดตามไปปรับปรุงเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีการติดตามแผนงานโครงการตามแผนงานที่ตั้งไว้ในแผน และมีแผนการติดตามนิเทศเครือข่าย

* ระบบการติดตามประเมินผลเพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จะต้องกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุกไตรมาส

* กลไกในการดำเนินงาน เช่น การประชุมบอร์ด การประชุมทีมงาน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ เป็นต้น

๑.๕ บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน สถานที่ในการให้บริการจะต้องมีพื้นที่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ สะดวกเป็นสัดส่วน และเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยมีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ และกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และมีจำนวนเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ

๑.๖ เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน รายละเอียดดังนี้

เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการมีจำนวนเพียงพอ และสามารถนำไปใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตาม ดูแล รักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งาน และมีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ โดยมีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการแบ่งเกณฑ์ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ แสดงเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอมีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งานตามระดับของโรงพยาบาล

เครื่องมือ	ระดับโรงพยาบาล		
	A, S, M๑ (จำนวนเครื่อง)	M๒, F๑ (จำนวนเครื่อง)	F๒, F๓ (จำนวนเครื่อง)
๑. เครื่องมือ เครื่องชั่งน้ำหนัก/ที่วัดส่วนสูง	๑	๑	๑
๒. เครื่องมือวัดความดันโลหิต	๒	๒	๒
๓. สายวัดเอว	๒	๒	๒
๔. Monofilament สำหรับตรวจเท้า	๑๐	๑๐	๕
๕. Fundus Camera	๒	๑	๓ แห่ง/๑ เครื่อง
๖. เครื่อง ABI	๑	๐	๐

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: แผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ของหน่วยงาน รายงานการติดตามดูแล รักษาพยาบาล ตรวจสอบสภาพการใช้งาน ของเครื่องมือและอุปกรณ์

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย การมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ ที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ครบถ้วน ที่สามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๒.๑ ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ ที่สมบูรณ์ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสารระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการ จะต้องมีทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม เป็นข้อมูลการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรค ซึ่งชุดทะเบียนข้อมูลประกอบด้วย

๒.๑๑ ข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

- ทะเบียนข้อมูลกลุ่ม Pre-DM, Pre-HT กลุ่มสงสัยป่วย
- ทะเบียนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม Pre-DM, Pre-HT

๒.๑.๒ ทะเบียนกลุ่มป่วย DM, HT, DM&HT

๒.๑.๓ กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ทางไต (stage ๑-๕) ทางเท้า

๒.๑.๔ ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk (CVD Risk \geq ๓๐%)

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: ทะเบียน เช่น ๔๓ แฟ้ม Excel file ที่หน่วยบริการสร้าง เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลของตนเอง สมุดทะเบียนการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

๒.๒ ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยน เพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ Health data center อำเภอ และ Health data center จังหวัด ในระดับอำเภอจะต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่าง Health data center อำเภอและ Health data center จังหวัด โดยต้องมีการใช้ Data exchange ตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศ ร่วมกันในระดับอำเภอ และจังหวัด รวมทั้งมีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการแก้ไขและปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศ ให้เป็นปัจจุบันและถูกต้อง

๒.๓ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคลรายกลุ่มและกลุ่มประชากร) มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น Minimum Data Set ดังนี้

๒.๓.๑ ข้อมูลคัดกรอง DM และ HT ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ BMI รอบเอว การตีมน เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

๒.๓.๒ อัตราการวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่ DM และ HT

๒.๓.๓ ความชุกผู้ป่วย DM และ HT

๒.๓.๔ ชุดข้อมูลคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า

๒.๓.๕ ชุดข้อมูลคุณภาพบริการ (ผู้ป่วยที่ควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้)

๒.๓.๖ อัตราผู้ป่วยรายใหม่ Stroke และ IHD

๒.๓.๗ ข้อมูลประเมิน CVD Risk กลุ่มเสี่ยงสูง CVD

๒.๓.๘ ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มป่วย ได้แก่ BMI รอบเอว เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรืออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

โดยจะต้องมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรค การดูแลรักษาพยาบาล และออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งในรายบุคคล กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ที่มีแนวโน้มของ ๔ โรคเป้าหมาย ที่มารับบริการของสถานบริการเพิ่มสูงขึ้น สรุปประเด็นสำคัญ : การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม เช่น จากระบบทะเบียนมาจัดทำประมวลผลให้อยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ ที่สามารถนำไปใช้งานได้ เช่น จำนวน อัตรา สัดส่วน ความชุก เป็นต้น การวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายด้าน เช่น การนำปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดทางด้านสุขภาพ ระบาดวิทยา เพื่อนำมาใช้อธิบายสาเหตุการเกิดของเหตุการณ์เชิงพรรณนาของบุคคล เวลา สถานที่

๒.๔ การรายงานข้อมูล ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย การรายงานข้อมูลตรงเวลา ตามรายไตรมาส พร้อมทั้งจัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ และเปรียบเทียบกับสถานบริการในระดับเดียวกัน และนำเสนอรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ผู้บริหาร เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ

เชิงนโยบาย (เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินเปรียบเทียบสถานการณ์ตามรายไตรมาส สรุปรายงานการประชุมที่นำเสนอแก่ผู้บริหาร)

องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบและกระบวนการบริการ ประกอบด้วย การให้บริการคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การให้การวินิจฉัย การประเมินระยะโรค ความเสี่ยง การเกิดโรค รวมทั้งมีการวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน) มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ มีระบบส่งต่อทั้งไปกลับที่ทำให้ผู้บริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

๓.๑ การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง)

หมายเหตุ: ความเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โอกาสเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดโรค ซึ่งโรคไม่ติดต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมากขึ้น

๓.๒ การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา การวินิจฉัย และลงทะเบียนจะต้องลงอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคล โดยใช้สื่อหรือเอกสารอื่นๆ เช่น สมุดประจำตัวผู้รับบริการ มีการจัดทำทะเบียน แสดงการจัดกลุ่มผู้ป่วย ที่จำแนกตามระยะของโรค มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และจัดเป็นรายกลุ่ม และคืนข้อมูลรายบุคคลรายกลุ่มให้กับเครือข่าย

๓.๓ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ทางตา ทางไต ทางเท้า หัวใจ และหลอดเลือด ปีละ ๑ ครั้ง และโรคความดันโลหิตสูง มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ทางไต หัวใจและหลอดเลือดปีละ ๑ ครั้ง และต้องมีการจัดบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้ มีการดำเนินงานตามระบบที่จัดไว้ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

๓.๔ ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีการแต่งตั้งผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager หรือ Coordinator) และทีมสหวิชาชีพในการบริหารจัดการ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และมีการประสานการบริการดูแลเชื่อมโยงในภาพรวม สรุปประเด็นสำคัญ: ข้อ ๓.๔ เน้นเรื่องผู้ประสานงาน ให้เป็นรูปแบบของบุคคลทีมประสาน และมีคณะทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงาน

๓.๕ เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงไปถึงชุมชนมีเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุม ผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงกับสถานบริการทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติการติดตามประเมินผล การแจ้งผลการติดตาม การดูแลรักษา และส่งต่อระหว่างเครือข่ายในการดูแลโรคไม่ติดต่อ

๓.๖ ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย ระบบการส่งต่อมีแนวทางการดำเนินงานส่งต่อทั้งไปและกลับ ของสถานบริการแต่ละระดับ (เกณฑ์ในการส่งต่อ การประสานงาน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และการรับเลื่อนนัดผู้ป่วยมี Flowchart การดำเนินงาน) และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ เกณฑ์ในการติดตามดูแล การจัดตารางเวลาออกให้บริการ การกำหนดทีมให้บริการที่ชัดเจน และการติดตามผลการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: แผนการรักษาใน Family Folder ของผู้ป่วย กรณีที่ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล)

องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเอง รวมถึงมีกระบวนการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจ และจัดการตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังนี้

๔.๑ การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง จะต้องกำหนดเนื้อหาสำคัญในการให้ความรู้ และทักษะแก่ ผู้รับบริการทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแผนและกิจกรรมเสริมสร้าง ทักษะความรู้ตามปัญหาผู้รับบริการ มีการดำเนินการตามแผนและติดตามผล เพื่อนำมาพัฒนาความสามารถใน การจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน (เอกสารประกอบการพิจารณา: ดูจากเอกสารการติดตามการจัดการราย กรณี)

๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืน และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพ และการจัดการตนเองของ ผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้าน และโรงพยาบาล การสื่อสารโดยมีสื่อ เช่น คู่มือ สมุดสุขภาพ มาใช้ให้ ข้อมูลด้านสุขภาพการรักษาระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการบันทึก ติดตามผลการดูแลตนเอง นำผลมาวางแผนการดูแลร่วมกัน และนำมาใช้พัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่าง ต่อเนื่อง

๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายอารมณ์ และสัมพันธภาพ ทางสังคม การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีการจัดกลุ่มชมรม มีแผนการดำเนินกิจกรรม มีการดำเนินการ ตามแผนการประเมินผลการดำเนินงาน และนำผลมาพัฒนาแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

๔.๔ สื่อและ/หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ สถานบริการ สาธารณสุขมีเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น lab fundus camera SMBPSMBG เป็นต้น และเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่ไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น คอมพิวเตอร์ รวมทั้งมีสื่อที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น แผ่นพับ ตารางคู่มือรูปแบบของเม็ดยา วิธีการฉีดยา เป็นต้น ที่มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ และมีสื่อและ/หรือเครื่องมือที่มีการคิดค้นเป็นนวัตกรรม รวมทั้งมีการประเมินผลการใช้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (เอกสารประกอบการพิจารณา: แผนการดำเนินงานที่มี รูปแบบการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยมีการวางแผนติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ)

องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค) มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษา รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลและจัดการโรค มีรายละเอียดดังนี้

๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ การมีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานของสถานบริการ ที่ครอบคลุมการดำเนินงานโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

๕.๑.๑ การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๕.๑.๒ การวินิจฉัยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๕.๑.๓ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและการส่งต่อ

๕.๑.๔ การให้ความรู้และการดูแลตนเองขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

๕.๑.๕ การดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ จะต้องมีการชี้แจง สื่อสารผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

ให้รับทราบ มีการประเมินผลและทบทวนปรับปรุงแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเป็นระยะ

๕.๒ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้เชี่ยวชาญสถานบริการที่มีประสิทธิภาพ กับผู้ให้บริการคลินิกสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย จะต้องมียุทธศาสตร์งานทีมให้คำปรึกษา ที่กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีการประเมินผลและทบทวนการดำเนินงาน และมี Flow Cart ของการดำเนินงาน

๕.๓ Chronic Case Conference /KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค การดำเนินกิจกรรม Chronic Case Conference /KM มีการจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ มีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำผลมาปรับปรุงกระบวนการจัดบริการ รวมทั้งนำผลการเรียนรู้ และนวัตกรรมมารวบรวมเป็นคลังความรู้ โดยกระจายความรู้ให้ผู้ให้บริการเข้าถึงได้สะดวกหลายช่องทาง เช่น social media website สรุปประเด็นสำคัญ: Case conference /Knowledge management: KM เพื่อองค์ความรู้ ข้อค้นพบใหม่ที่ได้จากกระบวนการทำงาน ซึ่งข้อค้นพบใหม่คือการอธิบายผลการทำงานที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดหมาย ทั้งที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ แต่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานให้ดีขึ้นกว่าเดิม และปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นโดย case conference โดยมากจะเป็นกรณีตัวอย่างส่วน KM เป็นการถอดบทเรียนผ่านการประชุม

องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เป็นการจัดบริการเสริมทักษะ ลดเสี่ยงลดโรค ให้แก่ชุมชน มีการสนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน และมีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการมีสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต รวมทั้งสนับสนุนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

๖.๑ การจัดบริการในการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน มีการประสานความร่วมมือ การส่งคืนข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำแผนงานโครงการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้สามารถจัดการลดเสี่ยงในชุมชนได้ เช่น ๓ อ. ๒ ส. การสร้างผู้นำการออกกกำลังกายในชุมชน ให้

ความรู้ร้านค้า ลดหวานมันเค็ม เป็นต้น มีการประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมตามแผน และติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๖.๒ สนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง ชุมชนมีการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) โดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนหรือร่วมดำเนินการ ปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น จัดสภาพแวดล้อมเรื่องขยะ น้ำตลาด เป็นต้น และมีแผนงานการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงโรค มีการติดตามผลการดำเนินงานและนำผลมาปรับปรุงแผนงานโครงการ

๖.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรมเพื่อสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลสนับสนุน ๓ M (คนเงินทอง) หรือร่วมดำเนินงานจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพในชุมชน โดยชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพหรือชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ ที่มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรม มีแผนงานมีการดำเนินการตามแผนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน โรงพยาบาลร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผน

หมายเหตุ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีอย่างน้อย ๑ ชมรม และต้องมีสมาชิกอย่างน้อย

๒๐ คนต่อชมรม

๖.๔ ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลักปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายบริการ สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วยในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีการดำเนินการตามแผนติดตามและทบทวนกระบวนการทำงาน

๖.๕ สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน การจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน จะต้องมีการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ๑ ชมรมต่อ ๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแผนงานการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตนเอง มีการดำเนินกิจกรรมตามแผน และติดตามผลการดำเนินงานโดยกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน

๒. การประเมินผลลัพธ์บริการ ๑๕ ตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl

ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา

ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg

ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอว มากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/๒)]

ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
 ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการ
 ตรวจน้ำตาลซ้ำ

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
 ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
 ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง
 ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
 ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะ
 แทรกซ้อนทางไต

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน
 โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

การประเมินกระบวนการพัฒนา ๖ องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์บริการ ๑๕ ตัวชี้วัด ทั้ง ๒
 ส่วนนี้ ใช้กระบวนการ ๔ C คือ Comprehensive care Coordination of care Continuity of care
 Community และ participation ซึ่งกระบวนการทั้งหมด จะดำเนินการเวียนเป็นวัฏจักร Plan Do Check act
 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๕๙)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ ๑ การจัดทำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดย
 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้จัดทำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ เกณฑ์การ
 ประเมินด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ

ขั้นตอนที่ ๒ การประเมินตนเองในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุข โดย
 สถานบริการสาธารณสุขต้องประเมินตนเอง และส่งผลการประเมินตนเองให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงพื้นที่ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุข ที่มี
 ผลการประเมินระดับดีมากขึ้นไป และส่งรายงานให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี เกณฑ์
 การให้คะแนน ดังนี้ (คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน)

ระดับดีเด่น	ระดับคะแนน ๔๕ - ๕๐ คะแนน
ระดับดีมาก	ระดับคะแนน ๔๐ - ๔๔ คะแนน
ระดับดี	ระดับคะแนน ๓๕ - ๓๙ คะแนน
ระดับพื้นฐาน	ระดับคะแนน ๓๐ - ๓๔ คะแนน
ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้คะแนนน้อยกว่า ๓๐ คะแนน	

ขั้นตอนที่ ๓ การรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ปี งบประมาณ ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงาน ๑๕ ตัวชี้วัดนี้ ต้องนำมาคิดค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละตัวชี้วัด จึงจะได้มาซึ่งผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน)

ระดับดีเด่น	ระดับคะแนน ๔๕ - ๕๐ คะแนน
ระดับดีมาก	ระดับคะแนน ๔๐ - ๔๔ คะแนน
ระดับดี	ระดับคะแนน ๓๕ - ๓๙ คะแนน
ระดับพื้นฐาน	ระดับคะแนน ๓๐ - ๓๔ คะแนน
ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับคะแนนน้อยกว่า ๓๐ คะแนน	

ขั้นตอนที่ ๔ กระบวนการพัฒนาคุณภาพร่วมกับผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน) (สำนักโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๕๙)

ระดับดีเด่น	ระดับคะแนน ๘๕ - ๑๐๐ คะแนน
ระดับดีมาก	ระดับคะแนน ๘๐ - ๘๔ คะแนน
ระดับดี	ระดับคะแนน ๗๐ - ๗๙ คะแนน
ระดับพื้นฐาน	ระดับคะแนน ๖๐ - ๖๙ คะแนน
ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับคะแนนน้อยกว่า ๖๐ คะแนน	

ส่วนที่ ๕ แนวคิดการวัดประสิทธิผลขององค์กร

Talcott Parsons (๑๙๖๔: ๔๔) อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ระบบขององค์กรมาเป็นเครื่องมือวัดความมีประสิทธิภาพขององค์กร โดยใช้ชื่อว่า AGIL ซึ่งระบุกิจกรรม ๔ ประเภทซึ่งทุกองค์กรจำเป็นต้องกระทำซึ่งประกอบไปด้วย

๑. การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม
๒. การบรรลุถึงเป้าหมาย
๓. การประสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันซึ่งนำไปสู่ความมั่นคงทางสังคม
๔. สิ่งที่ยอมรับอยู่ในซึ่งหมายถึงการรักษารูปแบบหรือการธำรงไว้ซึ่งเอกลักษณ์

จากการศึกษาของ Lawrence and Lorsch (๑๙๖๗ : ๑๓๓-๑๓๔) พบว่า องค์กรที่ปฏิบัติงานได้ผลสูงสามารถปฏิบัติงานสนองตอบข้อเรียกร้องของสภาพแวดล้อมมากกว่าองค์กรคู่แข่ง จึงทำให้องค์กรคู่แข่งนั้น

มีประสิทธิภาพน้อยกว่า ทั้งองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่สุดมีแนวโน้มที่จะสามารถรักษาภาวะแห่งความแตกต่างของโครงสร้างให้สอดคล้องกับความแตกต่างกันของส่วนต่าง ๆ ของสภาพแวดล้อม ซึ่งองค์กรต้องพึ่งพาอาศัยกัน ทั้งยังมีความสามารถในการประสานความแตกต่าง ให้สามารถทำงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้ด้วยทั้งองค์กร

Edgar H. Schein (๑๙๗๐: ๑๘-๑๙) ให้ความเห็นว่า ประสิทธิภาพขององค์กรอยู่ที่มีความสามารถในการผสมผสาน ส่วนย่อยขององค์กรเข้าด้วยกันทั้งหมดเพื่อไม่ให้งานของแต่ละส่วนซึ่งมีความแตกต่างกันภายในองค์กรเดียวกันขัดแย้งกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างเป้าหมายของบุคคล และเป้าหมายขององค์กร

ซึ่งแนวคิดของ Schein ก็คล้ายคลึงกันแนวคิดของ Theodore Cap low (๑๙๖๔ :๑๑๙-๑๒๔) ที่เขาได้สร้างสิ่งที่เรียกว่า “แบบจำลองเดี่ยวทางทฤษฎี” เพื่อนำไปสู่การคาดคะเนที่เป็นประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น โดยเสนอแนะว่าประสิทธิผลขององค์การในระยะเวลาที่แตกต่างกันสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ และประเมินผลโดยวัดจากตัวแปร ๔ ตัวได้แก่

๑. ความมั่นคง (Stability)
๒. ความผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Integration)
๓. ความสมัครใจ (Voluntarism)
๔. ความสัมฤทธิ์ (Achievement)

Seldin (๑๙๘๘: ๒๔) ให้ความเห็นว่า การวัดและประเมินประสิทธิผลโดยทั่วไป เป็นการวัดเพื่อดู ความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง และผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ถ้ามีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยก็จะมีประสิทธิผลมาก แต่ถ้ามีความแตกต่างมาก ก็จะมีประสิทธิผลน้อย หรืออาจจะดูความสอดคล้องกันระหว่างผลผลิตกับเป้าหมายที่ได้ระบุไว้การประเมินประสิทธิผลขององค์การสามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ประเภทคือ

๑. การวัดประสิทธิผลขององค์การโดยใช้ตัวบ่งชี้เดี่ยว (Single criterion measures of effectiveness) เป็นการพิจารณาว่า องค์การจะมีประสิทธิผลหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับผลที่ได้รับว่าบรรลุเป้าหมาย ขององค์การหรือไม่ หรือการใช้เป้าหมายขององค์การเป็นเกณฑ์ซึ่งเป็นการใช้หลักการ อันใดอันหนึ่งในการประเมินผลขององค์การ เป็นเกณฑ์ซึ่งเป็นการใช้หลักเกณฑ์อันใดอันหนึ่งในการประเมินประสิทธิผลขององค์การ เช่น วัดจากความสามารถในการผลิตวัดจากผลกำไรขององค์การ ฯลฯ

๒. การประเมินประสิทธิผลในแง่ของระบบทรัพยากร (The system resource model of organization effectiveness) เป็นการประเมินโดยพิจารณาความสามารถขององค์การในแสวงหาประโยชน์ จากสภาพแวดล้อม เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่ต้องการ อันจะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ซึ่งเป็นการเน้นที่ปัจจัยตัวป้อนเข้า (Input) มากกว่าผลผลิต (Output)

๓. ประเมินประสิทธิผลโดยหลายเกณฑ์ (The multiple criteria of effectiveness) เป็นการวิเคราะห์ประสิทธิผลขององค์การ โดยใช้เกณฑ์หลายอย่างในการวัดประเมินผล ซึ่งพิจารณาจากตัวแปรที่อาจจะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จขององค์การ และพยายามแสดงให้เห็นว่าตัวแปรต่าง ๆ นั้นมีความสัมพันธ์ ผู้ที่ให้แนวคิดในการประเมินองค์การโดยวิธีนี้

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดของนักวิชาการในประเทศไทยอย่าง ธงชัย สันติวงษ์ (๒๕๓๕: ๒๐๒-๒๑๓) ก็ได้สรุปวิธีประเมินผลงาน หรือประสิทธิผลของงานไว้ดังต่อไปนี้คือ

กลุ่มที่ ๑ เป็นวิธีการประเมินผลเฉพาะบุคคลแต่ละบุคคล โดยใช้บุคคลประเมินผู้ที่ต้องการประเมินทีละคน โดยแยกกันในแต่ละครั้ง และไม่นำไปเปรียบเทียบโดยตรงทันทีกับผู้ที่ต้องการประเมิน

กลุ่มที่ ๒ เป็นวิธีการประเมินที่ใช้กับคนหลายๆ คนพร้อม ๆ กัน วิธีนี้จะประเมินผู้ถูกประเมินพร้อม ๆ กัน โดยเปรียบเทียบกับผู้ถูกประเมินรายอื่น ๆ ในครั้งเดียวกัน

กลุ่มที่ ๓ วิธีประเมินอื่น ๆ มี ๒ วิธีคือ

๑. วิธีทดสอบผลงาน (Perform test) วิธีการออกแบบผลการทดสอบผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปใช้ในการทดสอบประเมินผล แล้วติดตามการประเมินว่ามีผลงานดีเลวอย่างไร

๒. วิธีการประเมินผลงานรอบด้าน (Field review technique) เป็น

วิธีการที่ใช้ผู้ประเมินจากภายนอก โดยผู้ถูกประเมิน และผู้บังคับบัญชาของผู้ถูกประเมิน จะต้องตอบคำถามปากเปล่าต่อผู้มาตรวจหรือผู้ประเมินจากภายนอก

ในทางปฏิบัติวิธีวัดประสิทธิผลขององค์การจากความสามารถขององค์การในการบรรลุเป้าหมายเป็นวิธีที่มีปัญหาและสลับซับซ้อน กล่าวคือ (พิทยา บวรวัฒนา, ๒๕๓๑: ๗๑-๗๗)

๑. เป้าหมายทางการขององค์การ มีความแตกต่างไปจากเป้าหมายในทางปฏิบัติ (Actual goals) ปกติแล้ว เป้าหมายทางการขององค์การมักเขียนไว้เป็นประโยคที่สวยงาม

๒. การที่เราจะทราบว่าเป้าหมายขององค์การมีลักษณะประการใดกันแน่ นั้น จำเป็นที่ผู้ศึกษาต้องตั้งคำถามว่าเป้าหมายขององค์การที่พิจารณาอยู่นั้นเป็นเป้าหมายของใคร ทั้งนี้เป็นเพราะเป้าหมายองค์การอาจมีที่มาจากที่ต่างกันอย่างสิ้นเชิง และไม่จำเป็นต้องมาจากรดับบริหารระดับสูงสุด แต่เป้าหมายขององค์การอาจมาจากสมาชิกองค์การฝ่ายอื่น ๆ ก็ได้

๓. องค์การทั่วไปมีเป้าหมายหลาย ๆ เป้าหมายไปพร้อม ๆ กัน บางครั้งเป้าหมายเหล่านั้นอาจขัดแย้งกัน

๔. การที่องค์การมีเป้าหมายหลายเป้าหมายทำให้เกิดความจำเป็นที่เราจะต้องสามารถจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายแต่ละเป้าหมายเพื่อกำหนดชัดเจนว่าเป้าหมายอันไหนสำคัญกว่า มิฉะนั้นแล้ว การวัดประสิทธิผลขององค์การโดยดูจากเป้าหมายที่จะใช้เป็นวิธีที่ใช้ไม่ได้ ในทางปฏิบัติปรากฏว่าการจัดลำดับเป้าหมายทั้งหลายซึ่งขัดแย้งกันนั้นกระทำได้ยากมาก และอาจสร้างความไม่พอใจกับคนซึ่งยึดถือเป้าหมายที่ถูกเราจัดให้มีความสำคัญน้อยต่อเราได้

๕. การพิจารณาเรื่องเป้าหมายขององค์การจำเป็นต้องนำเอามิติของเวลามาประกอบด้วย องค์การจะมีเป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะกลาง เป้าหมายระยะยาว จึงเกิดปัญหาว่าเป้าหมายอันใดจะมีความสำคัญมากกว่าในการนำไปใช้เป็นเกณฑ์เพื่อวัดประสิทธิผลขององค์การ

โดยสรุปแล้ว ผู้ศึกษาที่ต้องการใช้วิธีการวัดประสิทธิผลขององค์การโดยคำนวณจากความสามารถขององค์การในการบรรลุเป้าหมายนั้น จำเป็นต้องใช้วิธีวัดนี้ด้วยความระมัดระวังอย่างไรก็ตามวิธีวัดที่นิยมใช้กันมานานและก็ยังมิมีประโยชน์อยู่บ้าง แต่ผู้ใช้จำเป็นต้องตระหนักถึงปัญหา และความสลับซับซ้อนต่าง ๆ ที่แฝงอยู่ในวิธีวัดนี้ซึ่งถ้าดูผิวเผินแล้ว ถ้าจะเป็นวิธีที่ง่าย

๓.๓ การวัดประสิทธิผลขององค์การในรูปแบบต่าง ๆ

๑. การวัดประสิทธิผลขององค์การโดยใช้ความคิดระบบ (The system approach) การใช้ หลักการวัดประสิทธิผลขององค์การจากเป้าหมายขององค์การนั้น ทำให้นักวิชาการเพ่งความสนใจไปที่ปัจจัยนำออก (Outputs) ขององค์การการนำเอาความคิดระบบมาอธิบายองค์การทำให้เราตระหนักว่ายังมีส่วนอื่นขององค์การนอกจากปัจจัยนำออกที่มีความสำคัญต่อองค์การ และถ้าเราหันมาวัดประสิทธิผลขององค์การจากส่วนอื่น ๆ ขององค์การ เช่น ปัจจัยนำเข้า กระบวนการแปรปัจจัยนำเข้ามาปัจจัยนำออก แล้วจะทำให้เราสามารถสร้างเกณฑ์การวัดประสิทธิผลเกณฑ์ใหม่ขึ้น

๒. วิธีวัดประสิทธิผลขององค์การโดยดูจากความสามารถขององค์การ ในการชนะใจผู้มีอิทธิพล (The strategic-constituencies approach) ข้อสมมติฐานมีว่าองค์การได้รับความกดดัน และข้อเรียกร้อง จากกลุ่มผลประโยชน์ บุคคลต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมตลอดเวลา ในจำนวนบุคคล และกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ เหล่านี้มีเฉพาะบางส่วนเท่านั้นที่มีความสำคัญยิ่งต่อองค์การเพราะเป็นบุคคล และกลุ่มที่มี

อิทธิพลสามารถ กำหนดความเป็นความตายขององค์การได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคคลและกลุ่มดังกล่าวสามารถควบคุม ทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการอยู่รอดขององค์การ ดังนั้น นักวิชาการจึงถือหลักว่า องค์การที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ องค์การที่มีสายตาแหลมคมสามารถมองออกว่า บุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ใดมีความสำคัญต่อองค์การ และยังคงเป็นองค์การที่สามารถชนะใจบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ที่สำคัญทั้งหลายเหล่านี้ ทำให้บุคคลและ กลุ่มผลประโยชน์ที่สำคัญไม่ดำเนินการขัดขวางการทำงานขององค์การ องค์การที่เอาตัวรอดอยู่ได้จะเป็น องค์การที่กำหนดเป้าหมายขององค์การให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ ซึ่งมี อำนาจควบคุมทรัพยากรที่จำเป็นต่อความอยู่รอดขององค์การ

๓. การวัดประสิทธิผลขององค์การจากค่านิยมที่แตกต่างกันของสมาชิกองค์การ (The computing - values approach) นักวิชาการเชื่อว่าประสิทธิผลขององค์การ เป็นเรื่องของน่านาจิตตั้งเกณฑ์วัดประสิทธิผลขององค์การที่จะใช้ขึ้นอยู่กับว่า ๆ ใครเป็นใครมีตำแหน่งอะไร และมีผลประโยชน์อย่างไรนั้น ดังนั้นจึงเป็นเรื่องธรรมดาที่องค์การจะมีเป้าหมายหลายเป้าหมายซึ่งขัดแย้งกัน เพราะบุคคลทั้งหลายที่กำหนดเป้าหมายขององค์การนั้น ต่างมีค่านิยมที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้การวัดประสิทธิผลขององค์การ จึงต้องพิจารณา ค่านิยมต่าง ๆ ของผู้ประเมินผล องค์การซึ่งจะเป็นผู้เลือกจะใช้มาตรวัดประสิทธิผลขององค์การแบบไหน ตัวอย่างเช่น สมาชิกองค์การสาธารณะที่อยู่ในฝ่ายต่างกัน (ฝ่ายนักบริหารงานระดับสูง ฝ่ายนักบริหารงานระดับกลาง ฝ่ายปฏิบัติงานหลัก ฝ่ายสนับสนุน ฝ่ายเสนาธิการ) จะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการใช้เกณฑ์วัดประสิทธิผลขององค์การ

นอกจากนี้คาร์มณีย์เพียรภายลุน (๒๕๔๘: ๑) กล่าวว่า การจัดองค์การเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการปฏิบัติงานสูงสุด โดยทั่วไปจะยึดหลักการการจัดองค์การดังต่อไปนี้

๑. หลักการกำหนดวัตถุประสงค์ (Definition of objectives) ในธุรกิจใดธุรกิจหนึ่งจะต้อง กำหนด หรือระบุวัตถุประสงค์ของงานอย่างชัดเจน ให้เป็นที่เข้าใจ และยอมรับโดยผู้ที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการตามวัตถุประสงค์นั้น ๆ ตัวอย่างเช่น วัตถุประสงค์ในการจัดสำนักงาน ได้แก่ การประสานกิจกรรมต่าง ๆ โดยมี การประมวลผลข้อมูล เพื่อให้ต้นทุนในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ต่ำลง และผลผลิตจากการดำเนินการนั้น ๆ สูงขึ้น โดยถือว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องให้ความสะดวกหรือให้บริการแก่หน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในองค์การ จัดเตรียม ข้อมูลที่ถูกต้อง และมีพร้อมที่จะนำมาใช้ได้ทันทีเมื่อจำเป็นต้องใช้

๒. หลักการของการรับผิดชอบ (Principle of responsibility) ความรับผิดชอบขององค์การ เป็นภาระผูกพันของบุคคลในการปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้น ผู้บริหารงานจะต้องพิจารณากำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบที่สำคัญของผู้ใต้บังคับบัญชา

๓. หลักการของการมอบอำนาจหน้าที่ควบคู่กับความรับผิดชอบ (Principle of delegate authority with responsibility) อำนาจหน้าที่ (Authority) หมายถึง สิทธิที่จะออกคำสั่งและอำนาจหน้าที่ที่จะทำให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม ซึ่งอำนาจหน้าที่จะต้องได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาที่อยู่เหนือขึ้นไป แต่ละบุคคลในองค์การต้องได้รับอำนาจหน้าที่ที่เหมาะสมกับความรับผิดชอบ (Responsibility) ตามหน้าที่ที่ได้รับ และจำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

๔. หลักการมีผู้บังคับบัญชาคนเดียว หรือมีเอกภาพในการบังคับบัญชา (Principle of unity of command) หลักข้อนี้ถือว่าผู้ใต้บังคับบัญชาควรปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาเพียงคนเดียวเท่านั้น

ทั้งนี้เพื่อป้องกันความสับสน โดยแต่ละบุคคลต้องทราบอย่างชัดเจนว่า ตนต้องรายงานการปฏิบัติงานขึ้นตรงต่อใคร หรือรับคำสั่งการปฏิบัติงานหรือรับผิดชอบในการทำงานขึ้นตรงต่อผู้บังคับบัญชาคนใด

๕. หลักการมอบหมายงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective delegation) การจัดองค์การที่มีประสิทธิภาพจะประกอบด้วยบุคลากรที่ทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย การมอบหมายงานต้องระบุให้ชัดเจนว่า บุคคลใดทำหน้าที่อะไร และจำนวนผู้ปฏิบัติงานนั้น ๆ มีจำนวนเท่าใด ใครรับผิดชอบหรือมีหน้าที่ในส่วนใด หรือระบุให้ชัดเจนลงไปว่าทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบในเนื้องานเดียวกันทั้งหมด

๖. หลักการกำหนดขนาดของการควบคุม (Principle of span of control) หมายถึง การกำหนด สายการบังคับบัญชาภายในหน่วยงานให้ชัดเจนว่า ใครปกครองบังคับบัญชาใครบ้าง พร้อมทั้งระบุถึงจำนวน ผู้ใต้บังคับบัญชาที่เหมาะสมขึ้นตรงต่อผู้บังคับบัญชาหนึ่งคน ซึ่งขึ้นอยู่กับธรรมชาติ และขนาดของงานนั้น ๆ

๗. หลักของการมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Unity of direction) แต่ละฝ่ายต้องมีวัตถุประสงค์หรือมีเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกัน แต่ละหน้าที่มีความสัมพันธ์กันและต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่สำคัญของธุรกิจร่วมกัน

๘. หลักการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างหน้าที่ บุคลากร และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ (Defining of work-related relationships) การกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างหน้าที่ บุคลากร และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อให้การประสานงาน และการติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นไปอย่างถูกต้องและคล่องตัวยิ่งขึ้น

๙. หลักการจัดแบ่งสำนักงานออกตามความเหมาะสม (Work assignment) เพื่อให้บุคลากรเกิดความชำนาญเฉพาะอย่างในการทำงาน เมื่อมีการแบ่งงานกันทำแล้วจะต้องสรรหา หรืออบรมบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถทำงานที่มีอยู่ และเมื่อทำงานเหล่านั้นซ้ำ ๆ ก็เกิดทักษะขึ้นมา ผลงานที่ทำได้จะดีกว่า การไปทำงานหลาย ๆ ด้าน แล้วไม่เกิดทักษะในด้านหนึ่งด้านใดโดยเฉพาะ

๑๐. หลักการกำหนดโครงสร้างขององค์การ (Organization structure) ความสำคัญและความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานหลัก (Line) และหน่วยงานที่ปรึกษา (Staff) เป็นประเด็นหนึ่งในการพิจารณาจัดโครงสร้างขององค์การ เป็นหลักการที่จะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ในการทำงานระหว่างหน่วยงานหลัก และหน่วยงานที่ปรึกษา

นอกจากการจัดโครงสร้างองค์การโดยคำนึงถึงบทบาทของงานใน ลักษณะหน่วยงานหลักและหน่วยงานที่ปรึกษาแล้ว ยังมีหลักการจัดโครงสร้างองค์การในรูปแบบอื่นอีกเช่นกัน นอกจากหลักการจัดองค์การที่กล่าวถึงข้างต้น ๑๐ หลักการแล้ว ยังมีหลักการจัดการองค์การอื่น ๆ อีกมากมายที่ได้กล่าวถึงในที่นี้ ยิ่งไปกว่านั้นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินธุรกิจของโลกยุคดิจิทัล เช่น ในปัจจุบันทำให้เกิดทฤษฎีและหลักการต่าง ๆ อีกมากมายที่ถูกพัฒนามาจากหลักการเดิมหรือถูกคิดค้นขึ้นมาใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมทางด้านการจัดการ ให้สอดคล้องกับยุคสมัย อย่างไรก็ตามหลักการหรือทฤษฎีที่เสนอไว้ ณ ที่นี้เพียงพอที่จะเป็นแนวทางที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับงานด้านการจัดการ องค์การโดยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ ๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus พบว่า จำนวนผู้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ยังมีน้อยแต่พบการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง และใกล้เคียง ดังนี้

พรวิภา ยาสมุทร (๒๕๕๖) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care Model) ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการศึกษาและผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบผสมผสานและต่อเนื่องถึงชุมชน โดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของโรงพยาบาลบ้านโอง จังหวัดลำพูน พบว่า ๑.การบริการรูปแบบใหม่ประยุกต์ EBP ของ รพ.ท่าวังผา จ.น่าน (โรงพยาบาลท่าวังผา, ๒๕๕๐) มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น ๕ หน่วยงานที่มีความเชื่อมโยง และต่อเนื่องกัน ได้แก่ OPD, ER, IPD, หน่วยงานป้องกันควบคุมโรค และหน่วยงานเยี่ยมบ้าน โดยทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ๒.ระบบสุขภาพและองค์การสุขภาพ ได้รับงบประมาณจาก สปสช. ในการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสนับสนุนเครื่อง Spirometer ๓.การสนับสนุนการตัดสินใจ EBP ของ รพ.ท่าวังผา จ.น่าน (โรงพยาบาลท่าวังผา, ๒๕๕๐) ๔.ระบบข้อมูลทางคลินิกพัฒนาระบบสารสนเทศ และข้อมูลของผู้ป่วยโดยผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ในชื่อของ Easy COPD Clinic ๕.การสนับสนุนการดูแลตนเองเน้นการ Empowerment ทั้งผู้ป่วยและญาติ ๖.นโยบายและทรัพยากรในชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน รพ. สต. สสอ. และ อปท.ทั้งอำเภอ นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่างทีมผู้ให้บริการที่เตรียมพร้อมล่วงหน้า (KM รพ.ลำพูน, ฝึกสไปโรเมเตอร์ที่ รพ.มหาราชฯ) กับผู้ป่วยที่มีความรู้ และกระตือรือร้นส่งผลให้เกิดกระบวนการ/ผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ รวมทั้งเน้นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการแนะนำ/สาธิตการใช้ชุดนวัตกรรมเสริมพลังปอด และกล่อมเนื้อเข้ามามีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน พบว่า อัตรา AE, อัตรา Re-visit อัตรา Re-Admit และค่าใช้จ่ายลดลงเป็นที่น่าพอใจ รวมทั้ง Peak flow meter การประเมิน Oxygen Saturation การประเมิน ๖ MWT ความเข้าใจและปฏิบัติตัวถูกต้อง และระดับคุณภาพชีวิต พบว่า มีผลการประเมินดีขึ้น

บุญนัญ เลาะห์ทองทิพย์ และภาค ศัลยานุบาล (๒๕๕๗) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ เขตบริการสุขภาพที่ ๓ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ ผลการศึกษา พบว่า การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ เขตสุขภาพที่ ๓ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗ เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional explanatory study) แบ่งการศึกษาออกเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการวิจัย และระยะสรุปผลการดำเนินการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ สถานบริการทุกแห่ง ในพื้นที่ ๕ จังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๓ ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท โดยใช้แบบประเมิน และแบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล จากกลุ่มเป้าหมาย ในการศึกษา ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) ใช้การสรุปประเด็นเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ กรมควบคุมโรค กำหนดทุกแห่ง โดยผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ ๕๕ ระดับดีมาก ร้อยละ ๓๐ และระดับดี ร้อยละ ๑๕ โรงพยาบาลระดับ A และระดับ S มีการดำเนินงานคลินิก NCD ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

คุณภาพในระดับดีเยี่ยมมากกว่า ร้อยละ ๗๕ ส่วนโรงพยาบาลระดับ F๑ และระดับ F๒ ยังมีการดำเนินงานคลินิก NCD ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพในระดับดีเยี่ยม และดีมาก ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐ และโรงพยาบาลระดับ M๒ ยังมีการดำเนินงานคลินิก NCD ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพในระดับดีเยี่ยม และดีมาก เพียงร้อยละ ๔๐ องค์ประกอบของมาตรฐานการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพที่มีโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีสามารถดำเนินงานได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพขั้นสูงสุด (ระดับ ๕) มากที่สุด ได้แก่ องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ (ร้อยละ ๓๑.๗) ข้อเสนอแนะ คือ คณะกรรมการ NCD board และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) ควรร่วมกันกำหนดเป้าหมายการให้บริการ แนวทางการปฏิบัติงาน และแนวทางการเพิ่มคุณภาพการให้บริการคลินิก NCD คุณภาพ ทีมสหวิชาชีพ/ทีม PCT มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย สนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ภายในหน่วยงาน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากร และควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ และออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดชลบุรี (๒๕๕๘) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ ผลการศึกษา พบว่า สถานบริการผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๔.๕๙ แยกสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ระดับ A ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๕.๗ ระดับ S, M๑, M๒, F๑ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ และ F๒ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๒.๓๒ การดำเนินงานกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ๖ องค์ประกอบทำได้ดี แต่ยังขาดกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ข้อเสนอสำหรับการดำเนินงาน ควรมีการเชื่อมต่อข้อมูลการดำเนินงานระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังกับงานเวชกรรมสังคม

ภูติหิ เตชาติวัฒน์ และคณะ (๒๕๕๘) ศึกษาการจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้ความร่วมมือกับหน่วยบริการที่ดี มีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลโรคเรื้อรังไปยังหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพ แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผล การสนับสนุนการดูแลตนเองเป็นการให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิม การออกแบบระบบบริการเป็นการสร้างแรงจูงใจจากภายนอก การสนับสนุนการตัดสินใจด้วยการสร้างต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยังไม่ชัดเจนระบบข้อมูลโรคเรื้อรัง ขาดการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ โดยพบข้อเสนอแนะให้มีพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรังในระดับอำเภอ โดยในส่วนของท้องถิ่นควรมีการร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมาตรการทางสังคม ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ ควรมีการติดตามประเมินผลโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่ สร้างทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย รวมถึงการเชื่อมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการตัดสินใจในชุมชน

นิบลุค วินิจสร (๒๕๕๘) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนบางชะแยง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มรับรู้ปัญหาสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแก้ปัญหาสุขภาพโดยการเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง แต่ยังมีปัญหาว่าไม่สามารถไปรับการรักษาต่อเนื่องตามนัดได้ทุกครั้ง เพราะผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางด้วยรถประจำทางสาธารณะโดยลำพัง ผลการศึกษาครั้งนี้ มีความคาดหวังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใน

ชุมชน ด้านผู้ใช้บริการได้แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ที่นำไปปฏิบัติได้จริง และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจ ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนเจ้าหน้าที่สุขภาพในชุมชนต้องการให้มีแผนงานดำเนินงาน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และด้านผู้บริหาร ซึ่งผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขต้องการพัฒนาโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award) สำหรับผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประชาชน

สมสมัย รัตนกรีฑากุล (๒๕๕๘) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบมี ๓ ระยะ คือ ๑) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ๒) การพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแลกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ๓) การสร้างเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผลของการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หลังการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบสูงขึ้น เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Dependent t-test พบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ($t = ๔.๑๔๘, p < .๐๐๑$) ผลของการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และริเริ่มการสร้างเครือข่าย เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มี อสม. เป็นผู้ประสานงานกับพยาบาลชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และพบข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถนำกลวิธีและกระบวนการพัฒนารูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนได้

อรุวรรณ สัมภามานะ (๒๕๕๘) ศึกษาการพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะละวัน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับมากที่สุด ๔ ด้าน คือ ๑) การเตรียมข้อมูล ๒) การประเมินสภาพ ๓) คัดกรองผู้ป่วยและการให้บริการต่อเนื่องฯ และ ๔) การเชื่อมต่อบริการระดับปานกลาง คือ การจัดบริการด้านเภสัชกรรม การดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชน การให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังพบว่า การจัดทำแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องพัฒนาระบบข้อมูล และจัดระบบการบันทึกให้เป็นปัจจุบัน ตลอดจนนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์เพื่อการดูแลในทุกมิติฯ การปรับพฤติกรรมของประชาชนโดยการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อลดโรคการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการดูแลผู้ป่วย

จตุพร ผลเกิด (๒๕๖๐) ศึกษาการพัฒนาการขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อ (NCD) คุณภาพแบบบูรณาการของเครือข่ายศูนย์วิชาการในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ภายใต้แนวคิดคลินิก NCD คุณภาพแบบบูรณาการ โดยการบริหารจัดการทรัพยากร ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย คณะกรรมการขับเคลื่อนและประเมินรับรองคุณภาพการดำเนินงานสุขภาพกลุ่มวัยทำงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ ๘ และเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ และตัวแทนคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับอำเภอ ใน ๔๕ อำเภอเป้าหมาย การเก็บข้อมูลโดยการประชุมระดมสมอง และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบประเมินตนเองคลินิก NCD คุณภาพแบบบูรณาการ และการตรวจสอบเอกสาร

วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาคลินิก การขับเคลื่อนงานคลินิก NCD คุณภาพ เป็น ดังนี้ ๑) การวางแผน แบ่งเป็น ๓ แผนงาน ได้แก่ (๑) แผนปฏิบัติการแบบบูรณาการของเครือข่าย ศึกษาบริบทของเครือข่ายเกี่ยวกับอัตรากำลัง เป้าหมาย บทบาทภารกิจ พื้นที่ ดำเนินการ และทรัพยากรสนับสนุน ของแต่ละเครือข่าย พบว่า มีปัญหาด้านอัตรากำลังและงบประมาณในการขับเคลื่อนงานฯ ทำการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและประเมินรับรองคุณภาพการดำเนินงานสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขตสุขภาพ พัฒนาแนวทางการประเมินตนเองแบบบูรณาการ และกำหนดแนวทางการประเมินฯ (๒) แผนการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัดและอำเภอ ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน NCD คุณภาพ แนวทางการประเมินรับรองคุณภาพฯ และ (๓) แผนการประเมินรับรองคุณภาพฯ ๒) การปฏิบัติตามแผนมีการขับเคลื่อนสามลักษณะ คือ การถ่ายทอดแนวทางเป้าหมายและรูปแบบการดำเนินงานบูรณาการโดยเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ และการประเมินรับรองคุณภาพของคณะกรรมการฯ ๓) การสังเกตด้วยการติดตามประเมินตนเองของอำเภอ สะท้อนผลให้กับจังหวัด ทบทวนการออกประเมินรับรองคุณภาพฯ ของคณะกรรมการ และการพัฒนาศักยภาพผู้ประเมิน โดยการเรียนรู้จากการปฏิบัติและการฝึกอบรมหลักสูตร DPAC ๔) การประเมินผล พบว่า มีการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ๔๕ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และผลการประเมินผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ จำนวน ๔๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗๘ กลไกในการขับเคลื่อนงานแบบการบูรณาการครั้งนี้สามารถบูรณาการได้ชัดเจนในด้านภารกิจและเป้าหมาย ส่วนอัตรากำลังบุคลากร บางหน่วยงานไม่สามารถจัดเวลาให้ตรงกันได้ แต่สามารถแก้ไขโดยการสนับสนุนให้แต่ละหน่วยงานสามารถปฏิบัติแทนกันได้

ดวงหทัย แสงสว่าง , โอนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และนิลาวรรณ งามขำ (๒๕๖๑) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดความสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (HbA_{1c} >๗%) จำนวน ๙๕ คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับพอใช้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการลด ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ โดยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -๐.๒๔ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ ควรจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตน แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในชุมชน และการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ดีขึ้น และนำผลที่ได้นำไปเป็นแนวทางในการติดตามและให้คำแนะนำในผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อการมารับการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้รวมถึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

พนิดา สมนนท์ (๒๕๖๑) ศึกษาวิจัยเรื่องผลการพัฒนา NCD Clinic เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของตำบลหนองนาก จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาสะท้อนถึงการพัฒนาระบบ NCD Clinic ของตำบลหนองนาก ดังนี้ ผลการพัฒนาวงรอบที่ ๑ พบว่ากระบวนการคัดกรอง

ภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า หลอดเลือดและหัวใจร่วมกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ทั้งตำบล ฝึกปฏิบัติการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโดยมี จนท.เป็น coach และรับส่งต่อในรายที่ผลคัดกรองผิดปกติ สามารถคัดกรองภาวะแทรกซ้อนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๗.๒๒ เป็นร้อยละ ๘๒.๒๔ นำมาจัดระดับกลุ่มเสี่ยง เพื่อรักษาโดยสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง เกิดระบบส่งต่อของเครือข่าย รพ.สระบุรี ผลการพัฒนาในรอบที่ ๒ นำกระบวนการเยี่ยมบ้านเป็นกลไกขับเคลื่อนที่เข้าถึงปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม บูรณาการงานคลินิก NCD เชิงรับและเชิงรุก โดยพัฒนาระบบการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงตามค่า HbA๑c และค่าความดันโลหิต ออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมโรคได้ และกลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ และใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน Check list INHOMESSS ตามกลุ่มสีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เยี่ยมบ้านกลุ่มควบคุมโรคได้ และทีมสหสาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้าน กลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ และมีภาวะแทรกซ้อน นำ case ที่มีปัญหาซับซ้อน conference case สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ควบคุมและต่อเนื่องผ่านระบบ online โปรแกรม smart COC ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๒.๘๖ เป็นร้อยละ ๕๐.๒๓ การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ เกิดการพัฒนารูปแบบ NCD Clinic สามารถเข้าถึงบริการมีแนวทางดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกันอย่างชัดเจนและปฏิบัติได้จริงมีมาตรฐาน ลดภาวะแทรกซ้อน เกิดขบวนการทำงานที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ทั้งในสถานบริการ และชุมชน พื้นที่มีศักยภาพพึ่งตนเองได้ ขยายผลในการดูแลผู้ป่วย NCD Clinic การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนครอบคลุมทั้งตำบล

บทที่ ๓ วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยนำผลการประเมิน NCD Clinic Plus ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๔ ประเมินมาใช้ในการศึกษา การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงสถานการณ์ของผลการประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และเชิงปฏิบัติ ในการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ ๔ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังต่อไปนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๓ วิธีดำเนินการประเมิน
- ๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๕ วิธีการรวบรวมข้อมูล
- ๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยนำผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๔ ประเมินมาใช้ในการศึกษา การศึกษาค้นคว้า มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงสถานการณ์ของผลการประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และเชิงปฏิบัติ ในการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ และนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ และกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการทบทวนเอกสารที่งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำเสนอรูปแบบในเชิงปริมาณ

๓.๒ ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

๓.๒.๑ ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัดได้ประเมินไว้ และส่งผลการประเมินมาให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ซึ่งมีจำนวนสถานบริการทั้งหมด ๗๑ แห่ง โดยจำแนกจำนวนรายจังหวัดดังนี้ จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๗ แห่ง จังหวัดปทุมธานี จำนวน ๘ แห่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน ๑๖ แห่ง จังหวัดอ่างทอง จำนวน ๗ แห่ง จังหวัดลพบุรี จำนวน ๑๑

แห่ง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน ๖ แห่ง จังหวัดสระบุรี ๑๒ แห่ง และจังหวัดนครนายก จำนวน ๔ แห่ง และเมื่อจำแนกตามระดับของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๔ มีโรงพยาบาลระดับต้น (First - level Hospital: F๑ ,F๓ ,F๓) จำนวน ๕๐ แห่ง โรงพยาบาลระดับกลาง (Middle - level Hospital: M๑ ,M๒) จำนวน ๑๓ แห่ง โรงพยาบาลระดับสูง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (Standard - level Hospital: S) จำนวน ๕ แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ (Advance - level Hospital: A) จำนวน ๓ แห่ง

๓.๒.๒ การกำหนดพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ พื้นที่ที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลระดับต้น (First - level Hospital: F๑ ,F๓ ,F๓) ในเขตสุขภาพที่ ๔ ทุกแห่ง จำนวน ๕๐ ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดนครนายก โดยศึกษาจากผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัดได้ประเมินไว้ และส่งผลการประเมินมาให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๓.๓ วิธีดำเนินการศึกษา

๓.๓.๑ ศึกษาทบทวนเอกสารการดำเนินงานมาตรฐานคลินิก NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และแนวทางการประเมินผลการดำเนินงานมาตรฐานคลินิก NCD Clinic Plus

๓.๓.๒ กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกรอบแนวคิดการวิจัย

๓.๓.๓ วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus โรงพยาบาลเป้าหมาย ในเขตสุขภาพที่ ๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เปรียบปริมาณ ตามกรอบแนวคิดการประเมินฯ ที่ตั้งไว้

๓.๓.๔ จัดทำเนื้อหาการศึกษาวิจัยบทที่ ๑ - ๕ เพื่อเสนอผู้เชี่ยวชาญช่วยให้ข้อเสนอแนะ

๓.๓.๕ เสนอผลการศึกษาวิจัยให้ผู้บริหาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี และเครือข่ายที่รับการประเมินทราบ

๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ศึกษา ศึกษาจากผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัดได้ประเมินไว้ และส่งผลการประเมินมาให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามแบบการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus มีทั้งหมด ๖ องค์ประกอบ และส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus มีทั้งหมด ๑๕ ตัวชี้วัด ดังนี้

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus มีทั้งหมด ๖ องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย ประกอบไปด้วย

๑.๑ NCD board (กำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย) จำนวน ๕ ข้อ

๑.๒ วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๕ ข้อ

๑.๓ สื่อสารทิศทางนโยบายเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ จำนวน ๕ ข้อ

๑.๔ ติดตามความก้าวหน้าและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ จำนวน ๕ ข้อ

๑.๕ บุคลากร สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ
จำนวน ๕ ข้อ

๑.๖ เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน
จำนวน ๕ ข้อ

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ ประกอบไปด้วย

๒.๑ ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ จำนวน ๕ ข้อ

๒.๒ ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยน จำนวน ๕ ข้อ

๒.๓ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพ จำนวน ๕ ข้อ

๒.๔ การรายงานข้อมูล จำนวน ๕ ข้อ

องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ประกอบไปด้วย

๓.๑ การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง) จำนวน ๕ ข้อ

๓.๒ การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการ เครือข่ายที่ส่งมา จำนวน ๕ ข้อ

๓.๓ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน ๕ ข้อ

๓.๔ ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน ๕ ข้อ

๓.๕ เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวง สาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน จำนวน ๕ ข้อ

๓.๖ ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ง่าย จำนวน ๕ ข้อ

องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

๔.๑ การจัดการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเอง จำนวน ๕ ข้อ

๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล จำนวน ๕ ข้อ

๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายอารมณ์และ สัมพันธภาพทางสังคม จำนวน ๕ ข้อ

๔.๔ สื่อและ/หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ จำนวน ๕ ข้อ

องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ประกอบไปด้วย

๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติ ระดับประเทศ จำนวน ๕ ข้อ

๕.๒ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับ ผู้ให้บริการในคลินิกวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข จำนวน ๕ ข้อ

๕.๓ Chronic Case Conference /KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค
จำนวน ๕ ข้อ

องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ประกอบไปด้วย

- ๖.๑ การจัดบริการในการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน จำนวน ๕ ข้อ
- ๖.๒ สนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน จำนวน ๕ ข้อ
- ๖.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรมเพื่อสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๕ ข้อ
- ๖.๔ ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลักปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๕ ข้อ
- ๖.๕ สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน จำนวน ๕ ข้อ

ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus มีทั้งหมด ๑๕ ตัวชี้วัด ดังนี้

ตารางที่ ๔ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ตามเกณฑ์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

รายการ	หน่วย	เกณฑ์
๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	๙๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	๔๐
๓. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl	ร้อยละ	๖๐
๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	ร้อยละ	๖๐
๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	ร้อยละ	๖๐
๖. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg	ร้อยละ	๖๐
๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/๒)]	ร้อยละ	๑๐
๘. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	๒
๙. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	ร้อยละ	๙๐

รายการ	หน่วย	เกณฑ์
๑๐. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	๕.๐
๑๑. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษา ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	๙๐
๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	๒.๕
๑๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๕๐
๑๔. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรอง โรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	๙๐
๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	๘๒.๕

ผู้ศึกษา คัดเลือกผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ที่มาใช้ในการวิจัย เฉพาะตัวชี้วัดที่สำคัญ โดยคัดเลือกตัวชี้วัดบริการที่ใช้ในการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๔ ตัว รายละเอียดดังนี้

๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕)
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐)
๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕)
๔. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕๐)

โดยในแต่ละข้อคำถามในส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ทั้ง ๖ องค์ประกอบ มีคำตอบให้เลือกให้คะแนน ๕ ระดับตามที่ระบุไว้ในแบบประเมิน NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแต่ละข้อมีเนื้อหาคะแนนไม่เหมือนกันเป็นไปตามกระบวนการดำเนินงานในแต่ละหัวข้อ สำหรับส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus มีคำตอบให้เลือกให้คะแนน ๕ ระดับตามที่ระบุไว้ในแบบประเมิน NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๑ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เหมือนกับส่วนที่ ๑ โดยมีเกณฑ์ผลงานเป็นตัวกำกับระดับคะแนน

๓.๕ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาวิจัย ประสานขอข้อมูลผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลระดับต้น (First - level Hospital: F๑ ,F๓ ,F๓) ในเขตสุขภาพที่ ๔ ทุกแห่ง ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จากผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ผ่านหัวหน้ากลุ่ม

พัฒนาภาคีเครือข่าย จำนวน ๕๐ แห่ง แล้วนำผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus มาบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ผลการศึกษิตตามกรอบแนวคิดที่วางไว้

๓.๖ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยจำแนกประเภทของการวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๓.๖.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปทางประชากรศาสตร์

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบไปด้วย การคำนวณหาค่าความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติ Pearson product-moment correlation ในการอภิปรายผล เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

๓.๖.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในองค์ประกอบต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบไปด้วย การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นรายข้อในแต่ละองค์ประกอบโดยรวม แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบของตารางเพื่อแสดงถึงระดับผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในองค์ประกอบต่าง ๆ รายข้อ ถ่วงคะแนนน้ำหนัก ตามเกณฑ์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยกำหนดระดับการแปลผลโดยใช้สูตรการคำนวณอัตราภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อัตราภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{4} \\ &= 1.00 \end{aligned}$$

จากการคำนวณหาค่าอัตราภาคชั้นแล้ว สามารถนำมากำหนดเป็นเกณฑ์สำหรับแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๔.๐๑ - ๕.๐๐ หมายความว่า มีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับ ดีมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๓.๐๑ - ๔.๐๐ หมายความว่า มีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับ ดี

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๒.๐๑ - ๓.๐๐ หมายความว่า มีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๑.๐๐ - ๒.๐๐ หมายความว่า มีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับ พอใช้

* ค่าเฉลี่ยที่กำหนดเป็นเกณฑ์การยอมรับในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องมีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีมาก คือ ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓.๐๑ ขึ้นไป

๓.๖.๓ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบของการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ได้แก่ องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) (ชูศรี วงศ์รัตน์, อ่างใน เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย, ๒๕๔๔ : ๓๑๖)

และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์บริการการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในตัวชี้วัดการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ที่เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๔ ตัว ได้แก่ ๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง ๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ๔. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ กับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกำหนดระดับการแปลผลโดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง

$$= \frac{(\text{ร้อยละรายใหม่จากการคัดกรอง ปี ๒๕๖๑} - \text{ร้อยละรายใหม่จากการคัดกรอง ปี ๒๕๖๐}) \times ๑๐๐}{\text{ร้อยละรายใหม่จากการคัดกรอง ปี ๒๕๖๐}}$$

๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

$$= \frac{(\text{ร้อยละผู้ป่วยควบคุมได้ดี ปี ๒๕๖๑} - \text{ร้อยละผู้ป่วยควบคุมได้ดี ปี ๒๕๖๐}) \times ๑๐๐}{\text{ผู้ป่วยควบคุมได้ดี ปี ๒๕๖๐}}$$

หมายเหตุ : ผลลัพธ์เป็น บวก (+) แปลว่า เพิ่มขึ้น , ผลลัพธ์เป็น ลบ (-) แปลว่า ลดลง

บทที่ ๔ ผลการดำเนินงาน

การศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี งบประมาณ ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ๒๕๖๑ โดยการศึกษาจากข้อมูลผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงสถานการณ์ของผลการประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาโรคลินิก NCD Clinic Plus และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และเชิงปฏิบัติในการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ และนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ และกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการทบทวนเอกสารที่งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมิน และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบายโดยแบ่งออกเป็น ๔ ส่วนดังนี้

ส่วนที่ ๑ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

ส่วนที่ ๓ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

ส่วนที่ ๔ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย กับประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคลินิก

NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และประสิทธิภาพการดำเนินงาน
พัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

ส่วนที่ ๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔

ตารางที่ ๕ จำนวน และร้อยละ ของโรงพยาบาลระดับต้นทั้งหมดในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ในเขตสุขภาพที่ ๔
จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	๑๓	๒๖.๐
จังหวัดสระบุรี	๑๐	๒๐.๐
จังหวัดลพบุรี	๗	๑๔.๐
จังหวัดปทุมธานี	๖	๑๒.๐
จังหวัดอ่างทอง	๕	๑๐.๐
จังหวัดสิงห์บุรี	๔	๘.๐
จังหวัดนครนายก	๓	๖.๐
จังหวัดนนทบุรี	๒	๔.๐
รวม	๕๐	๑๐๐

จากตารางที่ ๕ พบว่า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีสถานพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต้น (First - level Hospital: F๑ ,F๓ ,F๓) มากสุดจำนวน ๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๐ รองลงมาคือ รองลงมาจังหวัดสระบุรี จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๐ จังหวัดลพบุรี จำนวน ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๐ และจังหวัดปทุมธานี จำนวน ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๐ ตามลำดับ และน้อยสุดที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔.๐

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

ตารางที่ ๖ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus
ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย จำแนกรายข้อ และภาพรวม
ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการ พัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
ข้อที่ ๑.๑ NCD board (กำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย)	๔.๕	๐.๕๗๙	ดีมาก
ข้อที่ ๑.๒ วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง	๔.๐	๐.๗๖๙	ดี
ข้อที่ ๑.๓ สื่อสารทิศทางนโยบายเป้าหมายไปยังผู้มีส่วน ร่วมทุกระดับ	๔.๑	๐.๗๕๒	ดีมาก

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการ พัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
ข้อที่ ๑.๔ ติดตามความก้าวหน้าและทิศทางการ ดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์	๔.๓	๐.๘๒๘	ดีมาก
ข้อที่ ๑.๕ บุคลากร สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ	๔.๔	๐.๖๓๕	ดีมาก
ข้อที่ ๑.๖ เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่ เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน	๔.๕	๐.๖๑๔	ดีมาก
ภาพรวม องค์ประกอบที่ ๑ ด้านทิศทาง และนโยบาย	๔.๓	๐.๕๔๔	ดีมาก

จากตารางที่ ๖ ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ใน องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย เมื่อจำแนกรายข้อ และภาพรวม พบว่า ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับ ดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๕๔๔ สำหรับรายข้อที่อยู่ในระดับ ดีมาก เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ ๑.๖ เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน ข้อที่ ๑.๑ NCD board (กำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย) ข้อที่ ๑.๕ บุคลากร สถานที่และ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ข้อที่ ๑.๔ ติดตามความก้าวหน้าและทิศ ทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ และ ๑.๓ สื่อสารทิศทางนโยบายเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ ตามลำดับ สำหรับรายข้อที่อยู่ในระดับดี คือ ข้อที่ ๑.๒ วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่าง ต่อเนื่อง

ตารางที่ ๗ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ จำแนกรายข้อ และภาพรวม ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการ พัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
ข้อที่ ๒.๑ ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ	๔.๗	๐.๖๘๘	ดีมาก
ข้อที่ ๒.๒ ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน	๔.๗	๐.๕๑๓	ดีมาก
ข้อที่ ๒.๓ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพ	๔.๓	๐.๘๓๔	ดีมาก
ข้อที่ ๒.๔ การรายงานข้อมูล	๔.๑	๐.๙๘๖	ดีมาก
ภาพรวม องค์ประกอบที่ ๒ ด้านระบบสารสนเทศ	๔.๔	๐.๕๗๒	ดีมาก

จากตารางที่ ๗ ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ เมื่อจำแนกรายข้อ และภาพรวม พบว่า ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๕๗๒ สำหรับรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดีมาก เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ ๒.๑ ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ ข้อที่ ๒.๒ ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยน ข้อที่ ๒.๓ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพ และข้อที่ ๒.๔ การรายงานข้อมูลตามลำดับ

ตารางที่ ๘ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ จำแนกรายข้อ และภาพรวม ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
ข้อที่ ๓.๑ การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ความเสี่ยง โอกาส เสี่ยงและปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง)	๔.๓	๐.๗๙๗	ดีมาก
ข้อที่ ๓.๒ การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา	๔.๗	๐.๖๒๑	ดีมาก
ข้อที่ ๓.๓ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	๔.๕	๐.๖๗๗	ดีมาก
ข้อที่ ๓.๔ ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	๔.๗	๐.๖๒๑	ดีมาก
ข้อที่ ๓.๕ เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน/นอกกระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงไปชุมชน	๔.๔	๐.๘๕๑	ดีมาก
ข้อที่ ๓.๖ ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ง่าย	๔.๓	๑.๑๓๙	ดีมาก
ภาพรวม	๔.๕	๐.๕๔๙	ดีมาก
องค์ประกอบที่ ๓ ด้านการปรับระบบและกระบวนการบริการ			

จากตารางที่ ๘ ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ เมื่อจำแนกรายข้อ และภาพรวม พบว่า ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๕๔๙ สำหรับรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดีมาก เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ ๓.๒ การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา ข้อที่ ๓.๔ ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager หรือ

Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ข้อที่ ๓.๓ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ข้อที่ ๓.๕ เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน/นอกกระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงไปชุมชน ข้อที่ ๓.๑ การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ความเสี่ยง โอกาส เสี่ยงและปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง) และข้อที่ ๓.๖ ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ง่าย ตามลำดับ

ตารางที่ ๙ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง จำแนกรายข้อ และภาพรวมในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
ข้อที่ ๔.๑ การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเอง	๔.๐	๐.๘๐๘	ดี
ข้อที่ ๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล	๔.๐	๐.๗๙๕	ดี
ข้อที่ ๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายอารมณ์และสัมพันธภาพทางสังคม	๓.๖	๑.๐๑๓	ดี
ข้อที่ ๔.๔ สื่อและ/หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	๓.๖	๐.๘๙๘	ดี
ภาพรวม องค์ประกอบที่ ๔ ด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	๓.๘	๐.๖๖๙	ดี

จากตารางที่ ๙ ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง เมื่อจำแนกรายข้อ และภาพรวม พบว่า ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๘ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๖๖๙ สำหรับรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับดี ทุกข้อ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ ๔.๑ การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเอง ข้อที่ ๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล ข้อที่ ๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายอารมณ์และสัมพันธภาพทางสังคม และข้อที่ ๔.๔ สื่อและ/หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑๐ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จำแนกรายข้อ และภาพรวม ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
ข้อที่ ๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ	๔.๔	๐.๗๒๒	ดีมาก
ข้อที่ ๕.๒ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิกวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข	๔.๓	๐.๗๐๗	ดีมาก
ข้อที่ ๕.๓ Chronic Case Conference /KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค	๓.๕	๑.๐๓๔	ดี
ภาพรวม องค์ประกอบที่ ๕ ด้านระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	๔.๑	๐.๖๖๓	ดีมาก

จากตารางที่ ๑๐ ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ เมื่อจำแนกรายข้อ และภาพรวม พบว่า ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๖๖๓ สำหรับรายข้อที่อยู่ในระดับดีมาก เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ ๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ และข้อที่ ๕.๒ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิกวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข ตามลำดับ สำหรับรายข้อที่อยู่ในระดับดี คือ ข้อที่ ๕.๓ Chronic Case Conference /KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค

ตารางที่ ๑๑ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน จำแนกรายข้อ และภาพรวมในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
ข้อที่ ๖.๑ การจัดบริการในการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน	๓.๙	๐.๗๑๘	ดี
ข้อที่ ๖.๒ สนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	๓.๘	๐.๘๘๑	ดี

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการ พัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
ข้อที่ ๖.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรมเพื่อสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน อย่างต่อเนื่อง	๓.๙	๑.๒๔๖	ดี
ข้อที่ ๖.๔ ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล ติดตามระดับ น้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยง หลักปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง สูงและกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	๓.๘	๑.๑๔๙	ดี
ข้อที่ ๖.๕ สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อในชุมชน	๒.๙	๐.๘๖๘	ปานกลาง
ข้อที่ ๖.๖ มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อ สุขภาพของคนในชุมชน	๓.๒	๑.๐๘๒	ดี
ภาพรวม องค์ประกอบที่ ๖ ด้านจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	๓.๕	๐.๖๖๙	ดี

จากตารางที่ ๑๑ ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ใน
องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เมื่อจำแนกรายข้อ และภาพรวม พบว่า ภาพรวมการพัฒนาอยู่ใน
ระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๖๖๙ สำหรับรายข้อที่อยู่ในระดับดี
เรียงตามลำดับ ดังนี้ ข้อที่ ๖.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรมเพื่อสุขภาพ ในการป้องกัน
ควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ข้อที่ ๖.๑ การจัดบริการในการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน ข้อที่
๖.๔ ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลักปัจจัย
เสี่ยงร่วมด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ข้อที่ ๖.๒ สนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน
และข้อที่ ๖.๖ มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน ตามลำดับ สำหรับรายข้อที่อยู่ใน
ระดับปานกลาง คือ ข้อที่ ๖.๕ สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม
ชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน

ตารางที่ ๑๒ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น จำแนกรายองค์ประกอบ และภาพรวมทุกองค์ประกอบ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

องค์ประกอบการประเมินกระบวนการ พัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการพัฒนา NCD Clinic Plus
องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย	๔.๓	๐.๕๔๔	ดีมาก
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ	๔.๔	๐.๕๗๒	ดีมาก
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการ ฯ	๔.๕	๐.๕๔๙	ดีมาก
องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	๓.๘	๐.๖๖๙	ดี
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	๔.๑	๐.๖๖๓	ดีมาก
องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	๓.๕	๐.๖๖๙	ดี
ภาพรวมทุกองค์ประกอบ	๔.๑	๐.๔๗๗	ดีมาก

จากตารางที่ ๑๒ ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ และภาพรวมทุกองค์ประกอบ พบว่า ภาพรวมทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓๔.๑ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๔๗๗ สำหรับรายองค์ประกอบที่อยู่ในระดับดีมาก เรียงตามลำดับ ดังนี้ องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการ ฯ องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย และองค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ตามลำดับ สำหรับรายองค์ประกอบที่อยู่ในระดับดี คือ ข้อที่ องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เท่ากัน

ส่วนที่ ๓ การวิเคราะห์ประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus

ตารางที่ ๑๓ จำนวน และร้อยละ ผลการประเมินผลลัพธ์บริการ ๔ ตัวชี้วัด คลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

รายละเอียดตัวชี้วัด	หน่วย	เป้าหมาย กรมควบคุมโรค	ผลการประเมินผ่าน การประเมิน	
			จำนวน	ร้อยละ
๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ดี	ร้อยละ	≥๔๐	๑๑	๒๒.๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	≥ ๕	๑๒	๒๔.๐
๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	≤๒.๕	๗	๑๔.๐
๔. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	≥๕๐	๑๓	๒๖.๐

จากตารางที่ ๑๓ ผลการประเมินผลลัพธ์บริการของคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ.๒๕๖๑ ผู้ศึกษาคัดเลือกตัวชี้วัดบริการที่ใช้ในการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๔ ตัว ผลการประเมินผลลัพธ์บริการของคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี รายตัวชี้วัด ดังนี้ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕) มีสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๑๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐) มีสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๐ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕) มีสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๐ และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕๐) มีสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๑๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๐

ตารางที่ ๑๔ จำนวน และร้อยละ ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์บริการคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

รายละเอียดตัวชี้วัด	ปี พ.ศ. ๒๕๖๐			ปี พ.ศ. ๒๕๖๑			ผลการเปรียบเทียบ
	ได้รับการคัดกรอง	รายใหม่	ร้อยละ	ได้รับการคัดกรอง	รายใหม่	ร้อยละ	
๑. DM รายใหม่ลดลง	๘๐๕,๑๓๙	๑๕,๒๘๔	๑.๙๐	๘๑๑,๗๒๘	๑๖,๑๔๖	๑.๙๙	๔.๗๓๖
๒. HT รายใหม่ลดลง	๖๙๔,๘๖๙	๓๖,๐๐๕	๕.๑๘	๖๙๙,๑๗๑	๓๔,๖๘๖	๔.๙๖	-๔.๒๔๗
รายละเอียดตัวชี้วัด	ผู้ป่วยทั้งหมด	รายใหม่	ร้อยละ	ผู้ป่วยทั้งหมด	รายใหม่	ร้อยละ	
๓. DM Control ได้ดี	๑๒๓,๙๕๓	๓๑,๙๐๓	๒๕.๗๔	๑๓๒,๐๐๔	๓๘,๘๒๒	๒๙.๔๑	๑๔.๒๖๖
๔. HT Control ได้ดี	๒๗๙,๕๕๔	๑๐๐,๙๓๕	๓๖.๑๑	๒๙๒,๕๐๙	๑๑๓,๕๐๐	๓๘.๘๐	๗.๕๖๘

หมายเหตุ ที่มา ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
+ เพิ่มขึ้น , - ลดลง

จากตารางที่ ๑๔ ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์บริการคลินิก NCD Clinic Plus ของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ (ข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) กระทรวงสาธารณสุข) ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๔ ดังนี้ ตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๗๓๖

ตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ลดลงร้อยละ ๔.๒๔๗

ตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๔.๒๖๖

ตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี พบว่า ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗.๔๖๘

ส่วนที่ ๔ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ตารางที่ ๑๕ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น จำแนกรายองค์ประกอบ กับองค์ประกอบของ NCD Clinic Plus โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (correlation)

องค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus		องค์ฯ ๑	องค์ฯ ๒	องค์ฯ ๓	องค์ฯ ๔	องค์ฯ ๕	องค์ฯ ๖
องค์ประกอบที่ ๑	Pearson Correlation Sig. (๒-tailed) N	๑.๐๐๐ ๕๐					
องค์ประกอบที่ ๒	Pearson Correlation Sig. (๒-tailed) N	๐.๖๗๙* ๐.๐๐๐ ๕๐	๑.๐๐๐ ๕๐				
องค์ประกอบที่ ๓	Pearson Correlation Sig. (๒-tailed) N	๐.๕๐๗* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๕๗๒* ๐.๐๐๐ ๕๐	๑.๐๐๐ ๕๐			
องค์ประกอบที่ ๔	Pearson Correlation Sig. (๒-tailed) N	๐.๕๗๘* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๖๓๕* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๖๔๙* ๐.๐๐๐ ๕๐	๑.๐๐๐ ๕๐		
องค์ประกอบที่ ๕	Pearson Correlation Sig. (๒-tailed) N	๐.๔๘๗* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๕๓๓* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๕๖๙* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๘๑๖* ๐.๐๐๐ ๕๐	๑.๐๐๐ ๕๐	
องค์ประกอบที่ ๖	Pearson Correlation Sig. (๒-tailed) N	๐.๓๒๑* ๐.๐๒๑ ๕๐	๐.๔๗๕* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๔๖๕* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๕๒๙* ๐.๐๐๐ ๕๐	๐.๖๕๑* ๐.๐๐๐ ๕๐	๑.๐๐๐ ๕๐

จากตารางที่ ๑๕ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ระหว่างองค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) พบว่า ทุกองค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ โดยมีรายละเอียดแยกรายองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กับทุกองค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่ ๑

บทที่ ๕

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี งบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการศึกษาจากข้อมูลจากการผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๔ ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อทราบถึงสถานการณ์ของผลการประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และเชิงปฏิบัติในการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ และนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการ และกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการทบทวนเอกสารที่งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมินตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบไปด้วย การคำนวณหาค่าความถี่ (Frequencies) และค่าร้อยละ (Percentage) การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ซึ่งสามารถสรุป อภิปรายผลได้ ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ของการศึกษา พบว่า สถานพยาบาลของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๔ ที่นำมาศึกษาเป็นสถานพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต้น (First - level Hospital: F๑ ,F๓ ,F๓) มากที่สุดคือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ ๒๖.๐ รองลงมาจังหวัดสระบุรี ร้อยละ ๒๐.๐ และจังหวัดลพบุรี ร้อยละ ๑๔ ตามลำดับ และน้อยสุดที่จังหวัดนนทบุรี ร้อยละ ๔.๐

ระดับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus **ภาพรวมทุกองค์ประกอบ และรายองค์ประกอบ** พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการพัฒนา อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นองค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย โดยรวมเท่ากับ ๔.๑ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยรวมเท่ากับ ๐.๔๗๗ เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการ ๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕ (S.D. = ๐.๕๔๙) องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน มีค่าเฉลี่ย ๓.๕ เท่ากัน (S.D. = ๐.๖๖๙) โดยมีรายละเอียดจำแนกรายองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย รายชื่อและภาพรวม พบว่า ภาพรวมมีระดับการพัฒนา อยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ภาพรวมเท่ากับ ๔.๓ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมเท่ากับ ๐.๕๔๔ เมื่อจำแนกรายชื่อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ ๑.๑ NCD board (กำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย) และข้อที่ ๑.๖ เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ ๔.๕ (S.D. = ๐.๕๗๙ และ ๐.๖๑๔ ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ ๑.๒ วางแผนปฏิบัติการ และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐ (S.D. = ๐.๗๖๙) ข้อที่ ๑.๓ สื่อสารทิศทางนโยบาย เป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ รายชื่อและภาพรวม พบว่า ทุกข้อและภาพรวม มีระดับการพัฒนา อยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ภาพรวมเท่ากับ ๔.๔ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมเท่ากับ ๐.๕๗๒ เมื่อจำแนกรายชื่อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ ๒.๑ ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการ และข้อที่ ๒.๒ ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๗ เท่ากัน (S.D. = ๐.๕๘๘ และ ๐.๕๑๓ ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ ๒.๔ การรายงานข้อมูล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑ (S.D. = ๐.๙๘๖)

องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ รายชื่อและภาพรวม พบว่า ทุกข้อและ ภาพรวม มีระดับการพัฒนา อยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ภาพรวมเท่ากับ ๔.๕ และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ภาพรวมเท่ากับ ๐.๕๔๙ เมื่อจำแนกรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ ๓.๒ การวินิจฉัย ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา และข้อที่ ๓.๔ ผู้ประสานงานโรค ไม่ติดต่อ (NCD system Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๗ (S.D. = ๐.๖๒๑ เท่ากัน) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ ๓.๑ การให้บริการคัดกรอง โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ความเสี่ยง โอกาส เสี่ยงและปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการและนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง) และข้อที่ ๓.๖ ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓ (S.D. = ๐.๗๙๗ และ ๑.๑๓๙ ตามลำดับ)

องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง รายชื่อและภาพรวม พบว่า ภาพรวมระดับการ พัฒนา อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย ภาพรวมเท่ากับ ๓.๘ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมเท่ากับ ๐.๖๖๙ เมื่อจำแนกรายชื่อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ ๔.๑ การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่ จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเอง และข้อที่ ๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูล การดูรักษาและการจัดการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐ (S.D. = ๐.๘๐๘ และ ๐.๗๙๕ ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ย ต่ำสุด คือ ข้อที่ ๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายอารมณ์และสัมพันธภาพ ทางสังคม และข้อที่ ๔.๔ สื่อและ/หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ ๓.๖ เท่ากัน (S.D. = ๑.๐๑๓ และ ๐.๘๘๘ ตามลำดับ)

องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ รายชื่อและภาพรวม พบว่า ภาพรวมระดับการพัฒนา อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย ภาพรวมเท่ากับ ๔.๑ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมเท่ากับ ๐.๖๖๓ เมื่อ จำแนกรายชื่อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ ๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่ จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔ (S.D. = ๐.๗๒๒) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ

ที่ ๕.๓ Chronic Case Conference /KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕ เท่ากัน (S.D. = ๑.๐๓๔)

องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน รายชื่อและภาพรวม พบว่า ภาพรวมระดับการพัฒนา อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย ภาพรวมเท่ากับ ๓.๕ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาพรวมเท่ากับ ๐.๖๖๙ เมื่อจำแนกรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ ๖.๑ การจัดบริการในการเสริมทักษะลดเสียงลดโรคให้แก่ชุมชน และข้อที่ ๖.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๙ (S.D. = ๐.๗๑๘ และ ๑.๒๖๔ ตามลำดับ) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่ ๖.๕ สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๙ เท่ากัน (S.D. = ๐.๘๖๘)

ประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus การประเมินผลลัพธ์บริการ ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ในการวิจัย โดยคัดเลือกตัวชี้วัดบริการที่ใช้ในการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๔ ตัว ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕) มีสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๒๔.๐ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐) มีสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๒๒.๐ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕) มีสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๔.๐ และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕๐) มีสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๒๖.๐

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ระหว่างองค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ทั้ง ๖ องค์ประกอบโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) พบว่า องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กับทุกองค์ประกอบ และองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่ ๑ มากที่สุดคือ องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ ($r = ๐.๖๗๙$) สำหรับองค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กับทุกองค์ประกอบ และองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่ ๒ มากที่สุดคือ องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย ($r = ๐.๖๗๙$) สำหรับองค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กับทุกองค์ประกอบ และองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่ ๓ มากที่สุดคือ องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ($r = ๐.๖๔๙$) สำหรับองค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กับทุกองค์ประกอบ และองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่ ๔ มากที่สุดคือ องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ($r = ๐.๘๑๖$) สำหรับองค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กับทุกองค์ประกอบ และองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่ ๕ มากที่สุดคือ องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ($r = ๐.๘๑๖$) สำหรับองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ กับทุกองค์ประกอบ และองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับ องค์ประกอบที่ ๖ มากที่สุดคือ องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ($r = ๐.๖๕๑$)

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์บริการคลินิก NCD Clinic Plus ของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๔ ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง พบว่า เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๗๓๖ ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง พบว่า ลดลงร้อยละ

๔.๒๔๗ ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๔.๒๖๖ และตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี พบว่า เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗.๔๖๗เนื่องจากเป็นพื้นที่เขตเมืองระบบการคัดกรองและการติดตามยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

อภิปรายผล

จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

สถานการณ์การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus ของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่า องค์ประกอบการพัฒนาคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus ส่วนใหญ่มีระดับการพัฒนาฯ อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นองค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เนื่องจากในชุมชนมีการจัดตั้งชมรมหรือกลุ่ม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง และการจัดกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของชมรมหรือกลุ่ม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังมีน้อย รวมถึงนโยบายสาธารณะในหมู่บ้าน/ชุมชน ที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชนยังไม่เอื้อต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขในระดับตำบล (รพสต.) มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และขาดการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูดิท เดชาติวัฒน์ และคณะ (๒๕๕๘) ที่ศึกษาเรื่องการจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้ความร่วมมือกับหน่วยบริการที่ดี มีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลโรคเรื้อรังไปยังหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพ แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผล สำหรับการสนับสนุนการดูแลตนเอง เป็นการให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิม การออกแบบระบบบริการเป็นการสร้างแรงจูงใจจากภายนอก เป็นการสนับสนุนการตัดสินใจด้วย และการสร้างต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยังไม่ชัดเจน ระบบข้อมูลโรคเรื้อรังขาดการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ โดยข้อเสนอแนะให้มีพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรังในระดับอำเภอ โดยในส่วนของท้องถิ่นควรมีการร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมาตรการทางสังคม ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ สร้างทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย รวมถึงการเชื่อมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการตัดสินใจในชุมชน

การวิเคราะห์องค์ประกอบกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ ที่สนับสนุนส่งผลต่อตัวชี้วัด ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ มีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะเรื่องคณะกรรมการ NCD board ระดับจังหวัดและอำเภอกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมายในการคัดกรองเพื่อค้นหา กลุ่มเสี่ยง และป้องกันไม่ให้เกิดกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงไม่กลายเป็นผู้ป่วย และจัดระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความ

ดันโลหิตได้ดี รวมถึงการจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมที่เพียงพอและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และการดูแลสุขภาพ และมีแนวทางการติดตามความก้าวหน้าและทิศ รวมถึงมีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายในการดำเนินงานไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง และผู้ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภูติหิ เตชาติวัฒน์ และคณะ (๒๕๕๘) ที่ศึกษาเรื่อง การจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้ความสำคัญร่วมมือกับหน่วยบริการที่ดี มีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลโรคเรื้อรังไปยังหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพ แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินผล การสนับสนุนการดูแลตนเอง เป็นการให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิม การออกแบบระบบบริการเป็นการสร้างแรงจูงใจจากภายนอก การสนับสนุนการตัดสินใจด้วยการสร้างต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยพบข้อเสนอแนะให้มีพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรังในระดับอำเภอ โดยท้องถิ่นควรมีการร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมาตรการทางสังคม ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ ควรมีการติดตามประเมินผล โครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่ สร้างทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย รวมถึงการเชื่อมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการตัดสินใจในชุมชน

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ มีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะเรื่อง มีการจัดทำระบบทะเบียนข้อมูลของการให้บริการ และนำข้อมูลที่มีมาเชื่อมโยง วิเคราะห์เพื่อหาแนวทาง เพื่อที่วางแผนการป้องกันที่จะลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ดี และมีการรายงานข้อมูลผลการวิเคราะห์และแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานทราบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรวรรณ สัมภวานะ (๒๕๕๘) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การจัดทำแผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องพัฒนาระบบข้อมูล และจัดระบบการบันทึกให้เป็นปัจจุบัน ตลอดจนนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์เพื่อการดูแลในทุกมิติฯ การปรับพฤติกรรมของประชาชนโดยการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อลดโรคการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ มีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะเรื่อง การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ของสถานพยาบาล แล้วมีการแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานพยาบาลเครือข่ายที่ส่งต่อผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาเพื่อการดูแลต่อเนื่องของสถานพยาบาลระดับพื้นที่ และสถานพยาบาลระดับพื้นที่โดยผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์สาเหตุของการป่วยรายใหม่ทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อวางแผนการป้องกันเพื่อลดรายใหม่ และมีการดำเนินงานโดยเชื่อมโยงกับชุมชนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน สำหรับการดูแลผู้ป่วย

โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ดี ใน องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ พบว่า เมื่อสถานพยาบาลมีการวินิจฉัยและลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่แล้วแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานพยาบาลเครือข่ายที่ส่ง ต่อผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาเพื่อการดูแลต่อเนื่องของสถานพยาบาลระดับพื้นที่ สถานพยาบาลระดับพื้นที่โดย ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการร่วมกับชุมชนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการการดูแลผู้ป่วย และวางระบบการส่งต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ บริการ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงบริการได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญ์ เลาหะ ทองทิพย์ และภัค ศัลยานุบาล (๒๕๕๗) ที่ศึกษาเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ เขต บริการสุขภาพที่ ๓ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า องค์ประกอบของมาตรฐานการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพที่มีโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีการดำเนินงานได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพขั้นสูงสุด (ระดับ ๕) มากที่สุด ได้แก่ องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ (ร้อยละ ๓๑.๗) โดยมีข้อเสนอแนะ คือ คณะกรรมการ NCD board และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) ควรร่วมกัน กำหนดเป้าหมายการให้บริการ แนวทางการปฏิบัติงานและแนวทางการเพิ่มคุณภาพการให้บริการคลินิก NCD คุณภาพ ทีมสหวิชาชีพ/ทีม PCT มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย สนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ภายในหน่วยงาน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากร และควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลโรค ไม่ติดต่อ เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ และออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่ม ผู้รับบริการ

องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ มี ผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ ผลการประเมินต่ำกว่าองค์ประกอบอื่นๆ ควรให้ความสำคัญเร่งด่วนเพื่อการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ พื้นที่ดีขึ้น โดยเฉพาะเรื่อง มีการจัดกระบวนการสื่อสารแนวทางการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วย ของทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมของสถานพยาบาลในการใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ดี เพื่อลดโอกาสในการ เกิดโรคแทรกซ้อนต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริเนตร สุขดี (๒๕๖๐) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่าการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน ด้วยการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนและแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยการจัดโครงการ “สุขภาพดีด้วย ๓ อ. และการสร้างผู้นำสุขภาพ” นำข้อมูลมาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญของคนในชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนบางเกลือ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการก่อนและหลังต่างกันแบบมีนัยสำคัญ

องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ มีผลการ ดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะเรื่อง สถานพยาบาลควรมีการจัดกิจกรรม Chronic Case Conference /KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการ ดูแลและจัดการโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยนำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่

ติดต่อ ตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศเป็นกรอบในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กูดิท เดชาตีวัฒน์ และคณะ (๒๕๕๘) ที่ศึกษาเรื่อง การจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้ความร่วมมือกับหน่วยบริการที่ดี มีการถ่ายทอดนโยบายการดูแลโรคเรื้อรังไปยังหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพ การออกแบบระบบบริการเป็นการสร้างแรงจูงใจจากภายนอก เพื่อประกอบการสนับสนุนการตัดสินใจด้วยการสร้างต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยพบข้อเสนอแนะให้มีพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรังในระดับอำเภอ โดยมีส่วนข้องท้องถิ่น ร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชน กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมาตรการทางสังคม ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ พัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่ สร้างทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วย สร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และผู้ป่วย รวมถึงการเชื่อมข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก และการตัดสินใจในชุมชน

องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ มีผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมการพัฒนาอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ผลการประเมินต่ำกว่าองค์ประกอบอื่นๆ ควรให้ความสำคัญเร่งด่วนเพื่อการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพื้นที่ดีขึ้น โดยเฉพาะเรื่อง ควรมีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรมเพื่อสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน เพราะถ้าชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรครายใหม่ และดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงมีการจัดบริการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน สนับสนุนมาตรการ นโยบาย และแผนการดำเนินงานของชุมชนที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน มีส่วนในการช่วยให้อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงได้และส่งผลกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ดี โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลักปัจจัยเสี่ยงร่วมของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริเนตร สุขดี (๒๕๖๐) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน ด้วยการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนและแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยการจัดโครงการ “สุขภาพดีด้วย ๓ อ. และการสร้างผู้นำสุขภาพ” นำข้อมูลมาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุสำคัญของคนในชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นแนวทางในการสร้างกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนบางเกลือ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการก่อนและหลังต่างกันแบบมีนัยสำคัญ

ผลการประเมินผลลัพธ์บริการของคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ตัวชี้วัดสำคัญ พบว่า โรงพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ ๔ ผ่านเกณฑ์สูงสุดร้อยละ ๒๖.๐ ในตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ซึ่งจากข้อมูลการศึกษากระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ ๔ ทุกองค์ประกอบการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น ถ้าเป็นการเร่งรัดผลลัพธ์ของการพัฒนาคลินิก NCD

Clinic Plus จะต้องพัฒนาองค์ประกอบที่ผลการประเมินได้น้อย ได้แก่ องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เพราะการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน กำหนดมาตรการ นโยบาย และวางแผนการดำเนินงานในโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของชุมชน ชุมชนสร้างและปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรค มีกระบวนการสื่อสารแนวทางการดูรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วย จัดบริการการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูรักษาและการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้าน และโรงพยาบาล ทำให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย และหาแนวทางที่เหมาะสมร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชน มีโอกาสส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงไม่กลายเป็นกลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยสามารถป้องกันควบคุมโรคได้ดี ทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางาน ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระบวนการพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus มีองค์ประกอบที่มีประสิทธิผลในการลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ และการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตได้ดี เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น จะต้องวางนโยบายในการดำเนินงาน โดยผลักดันให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมกับสถานบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และชุมชนจัดทำนโยบาย และวางแผนการจัดบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน และจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพของคนในชุมชน ภายใต้ข้อมูลและสถานการณ์ของโรคในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

๑. จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์บริการคลินิก NCD Clinic Plus ของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น ดังนั้นถ้าจะลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในพื้นที่คณะกรรมการ NCD board ระดับจังหวัดและอำเภอกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ให้ชัดเจน และมีการจัดทำระบบทะเบียนข้อมูลของการให้บริการ และนำข้อมูลที่มีมาเชื่อมโยง วิเคราะห์เพื่อหาแนวทาง และแผนการป้องกันที่จะลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่

๒. การพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๔ ที่มีการพัฒนาอยู่ในระดับดีอยู่ ๒ องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ดังนั้นควรมีการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ควรมีการพัฒนาสนับสนุนสื่อหรือเครื่องมือช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองได้ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม

องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ควรมีการสนับสนุนการจัดกิจกรรมและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรมเพื่อสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองของกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน เพื่อเป็นการเสริมทักษะการลดเสี่ยงลดโรค และนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการประเมินคลินิก NCD Clinic Plus ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และองค์ประกอบที่ ๕ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD Clinic Plus ในเรื่อง การลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการสร้างรูปแบบแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เหมาะสมพื้นที่เพื่อลดผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ ซึ่งพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ ๔ มีบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ทั้งพื้นที่เขตเมือง เขตกึ่งเมือง เขตอุตสาหกรรม และพื้นที่เขตชนบท เพื่อจะได้รูปแบบที่นำไปประยุกต์ในพื้นที่ต่างๆ ได้

บรรณานุกรม

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) **เกณฑ์พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพแนวทางพัฒนางานบริการชั้นสูงสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; ๒๕๕๕.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. วารสาร **สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. ๒๕๖๑**. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ; ๒๕๖๑.
- คณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดชลบุรี. **การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ ๓ จังหวัดชลบุรี** : กลุ่มโรคไม่ติดต่อ, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดชลบุรี, กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๗.
- จตุพร ผลเกิด. **การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานคลินิก NCD คุณภาพแบบบูรณาการของเครือข่ายศูนย์วิชาการในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๕๘**. วารสารควบคุมโรค. ๔๓(๔): ๓๖๘-๓๗๘; ๒๕๖๐.
- จตุพร คงประเสริฐ. **แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ๒๕๕๘**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; ๒๕๕๘.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ ๘. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตรการพิมพ์ ; ๒๕๔๔.
- ดวงหทัย แสงสว่าง , อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และนิลาวรรณ งามขำ (๒๕๖๑). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ**. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑ มกราคม-เมษายน ๒๕๖๑
- นิลุบล วินิจสร. (๒๕๕๘). **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเมืองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนบางชะแยง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี**. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, ๘ (๓), ๑๔ – ๓๒; ๒๕๕๘.
- บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. (พิมพ์ครั้งที่ ๑๐) กรุงเทพฯ. สุวีริยาสาส์น; ๒๕๖๐.

บรรณานุกรม (ต่อ)

บุญนัญญ์ เลาหะทองทิพย์ และภัค ศัลยานุบาล. การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ เขตบริการสุขภาพที่ ๓ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ นครสวรรค์ : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๗.

พนิดา สมั่นท์. ผลการพัฒนา NCD Clinic เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของตำบลหนองนาถ จังหวัดสระบุรี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนาถ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๑.

วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆบางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยศึกษา ๒๕๓๘;๑(๓) : ๘-๑๑

ภูติท เตชาติวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, สุพัฒนา คำสอน, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ และจริญา แห่งสันเทียะ. (๒๕๕๘, มกราคม - มีนาคม). การจัดการโรคเรื้อรังตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, ๓๓ (๑), หน้า ๔๑ - ๔๙; ๒๕๕๘.

สมสมัย รัตนกริธากุล, อโนชา ทศนาธนชัย, ชรัญญากร วิริยะ และพรเพ็ญ ภัทรากร. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี, วารสารการพยาบาลและการศึกษา, ๘(๓), ๕๒ - ๖๕; ๒๕๕๘.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ ๔ ปี ๒๕๖๐. สระบุรี : กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๐.

สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan โรคไม่ติดต่อ[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑]. แหล่งข้อมูล: <https://hdcservice.moph.go.th> ; ๒๕๖๑.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๑. นนทบุรี : กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๑.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๒.
 นนทบุรี : กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
 ๒๕๖๒.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง.
 พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; ๒๕๖๐.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรอบแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อพัฒนาสู่คลินิก NCD คุณภาพ.
 นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; ๒๕๖๐.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี
 (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) . นนทบุรี : กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
 กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๐.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ
 (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปีงบประมาณ
 ๒๕๕๘. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ; ๒๕๖๐.
- อรรรรณ สัมภวานะ, ลินดา คล้ายปักซี่, พนิดา อาวุธ และไศรตนิย์ แพน้อย. (๒๕๕๘). การพัฒนาการจัดระบบ
 การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลมะลวน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี,
 (มปป.), ๑๕๗ - ๑๖๗; ๒๕๕๘.
- Wagner, G. J, Remien, R.H., Carballo-Dieguez, A. & Dolezal, C. Correlates of adherence to
 combination antiretroviral therapy among member of HIV-positive mixed status couples.
 AIDS Care, ๑๔, ๑๐๕-๑๐๙; ๒๐๐๒
- World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action.
 Geneva: World Health Organisation; ๒๐๐๒.

ภาคผนวก

แบบประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

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

๑. การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย			๗	๓๕	
๑.๑ NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายใน และ/หรือ นอกกระทรวงสาธารณสุขภายในอำเภอ			๑	๕	
	๑. มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ	๑			
	๒. มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการดำเนินงานโรคไม่ติดต่ออย่างมีส่วนร่วม	๒			
	๓. มีคณะกรรมการ NCD board เข้าร่วมประชุมอย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ๗๐	๓			
	๔. มีการดำเนินงานตาม ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายของNCD board - เห็นแผนงาน โครงการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบายเป้าหมาย - มีการกระจายข้อมูลให้บุคลากรได้รับทราบ และนำไปใช้ในการดำเนินงาน	๔			
	๕. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการดำเนินงานมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์ - มีแผนการพัฒนางานที่มาจากกรณีวิเคราะห์ปัญหา ช่องว่างของการทำงานที่ผ่านมา ให้มีความสอดคล้องกับ ทิศทาง และนโยบาย - มีการรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมของหน่วยงาน พร้อมทั้งมีการทบทวน และแก้ปัญหาการทำงานที่ผ่านมา	๕			
๑.๒ วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ			๑	๕	
	๑. มีแผนปฏิบัติการ	๑			
	๒. มีแผนปฏิบัติการ และกิจกรรมที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัดความสำเร็จตอบสนองต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย การดำเนินงาน(มีเอกสาร แผนปฏิบัติการที่ระบุกิจกรรม และแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของเป้าหมาย)	๒			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	๓. มีแผนปฏิบัติการที่ระบุการใช้ทรัพยากร และมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดยเป็นแผนปฏิบัติการที่มีการบูรณาการ สอดคล้องต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และบรรจุอยู่ในแผนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) และ/หรือแผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๓			
	๔. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และปรับปรุง	๔			
	๕. มีแผนพัฒนายกระดับการดำเนินงาน	๕			
๑.๓ สื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ			๑	๕	
	๑. มีการสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ในระดับ NCD board	๑			
	๒. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขรับรู้อ (ภายในหน่วยงาน)	๒			
	๓. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายทั้งใน และนอกสถานบริการสาธารณสุขได้รับรู้ทั่วถึงกัน (ภายใน และภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	๓			
	๔. มีการประชุมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุขรับรู้อทั่วถึงกัน	๔			
	๕. มีการประเมินผลแนวทางการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม และนำไปใช้ในการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	๕			
๑.๔ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus			๒	๑๐	
	๑. มีการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน	๑			
	๒. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	๒			
	๓. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ อย่างน้อย ๑ ครั้ง และมีรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน	๓			
	๔. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ทุกไตรมาส และมีรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน	๔			
	๕. มีการนำผลการกำกับติดตามประเมินผลมาพัฒนา ปรับปรุง การดำเนินงาน	๕			
๑.๕ บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึงการบริการ			๑	๕	
	๑. มีสถานที่ในการให้บริการ แต่ยังไม่เป็นสัดส่วน และไม่มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ	๑			
	๒. มีการจัดสถานที่สำหรับการให้บริการที่เป็นสัดส่วนชัดเจน แต่ไม่มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ	๒			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	๓. มีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และมีทีมสหวิชาชีพในการให้บริการแต่ยังไม่ได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน	๓			
	๔. สถานที่ให้บริการ มีพื้นที่เพียงพอ สะดวก และเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน	๔			
	๕. มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ	๕			
๑.๖ เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ ที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน			๑	๕	
	๑. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ แต่ไม่เพียงพอ	๑			
	๒. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอหรือสามารถบริหารจัดการเครื่องมือได้	๒			
	๓. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ พร้อมใช้งาน	๓			
	๔. มีแผนการบริหารจัดการดูแลเครื่องมือ และอุปกรณ์	๔			
	๕. มีผลของการจัดการดูแลการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่เป็นไปตามแผน	๕			
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ			๗	๓๕	
๒.๑ ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร			๑	๕	
	๑. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคล	๑			
	๒. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญรายบุคคล และรายกลุ่ม	๒			
	๓. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญรายบุคคล รายกลุ่ม ครบถ้วน	๓			
	๔. มีการใช้ผลทะเบียนข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำผลมาใช้ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุข และร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ	๔			
	๕. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	๕			
๒.๒ ระบบข้อมูล และสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด			๑	๕	
	๑. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ	๑			
	๒. มีการใช้ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล และสารสนเทศ (data exchange) ในระดับอำเภอ และจังหวัด	๒			
	๓. มีการใช้และตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด	๓			
	๔. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการแก้ไข	๔			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	๕. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง	๕			
๒.๓ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร)			๓	๑๕	
	๑. สามารถนำข้อมูลบางส่วนมาวิเคราะห์ปัญหาได้	๑			
	๒. มีการนำข้อมูลจากหลายด้านมาวิเคราะห์ปัญหาตามชุดข้อมูลที่กำหนด	๒			
	๓. การมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการในการวิเคราะห์ปัญหา จากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้	๓			
	๔. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้กำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการป้องกันควบคุมโรค	๔			
	๕. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย	๕			
๒.๔ การรายงานข้อมูล ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย			๒	๑๐	
	๑. มีการรายงานข้อมูล ปีละ ๑ ครั้ง	๑			
	๒. มีการรายงานข้อมูลปีละ ๒ ครั้ง	๒			
	๓. มีการรายงานข้อมูล ทุกไตรมาส	๓			
	๔. จัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ และเปรียบเทียบข้อมูลกับสถานบริการในระดับเดียวกัน	๔			
	๕. มีการนำเสนอรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย	๕			
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ			๑๒	๖๐	
๓.๑ การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง)			๒	๑๐	
	๑. มีกระบวนการคัดกรอง แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน	๑			
	๒. มีการคัดกรอง แบ่งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และลงทะเบียนแยกกลุ่ม	๒			
	๓. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดการบริการตามกลุ่ม แต่ไม่ครบทุกกลุ่ม	๓			
	๔. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดการบริการตามกลุ่มครบทุกกลุ่ม	๔			
	๕. มีการติดตามประเมินผลการจัดการบริการทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง	๕			
๓.๒ การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา			๒	๑๐	
	๑. มีการวินิจฉัย และลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่อย่างครบถ้วน	๑			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	๒. มีการแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคลด้วยวาจา และการใช้สื่อ หรือเอกสารอื่นๆ เช่น สมุดประจำตัวผู้รับบริการ	๒			
	๓. มีทะเบียนแสดงการจัดกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามระยะของโรค	๓			
	๔. มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และจัดเป็นรายกลุ่ม	๔			
	๕. มีการคืนข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่มให้กับเครือข่าย	๕			
๓.๓ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง			๒	๑๐	
	๑. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แต่ไม่ครบถ้วน	๑			
	๒. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน	๒			
	๓. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วนและจัดระบบบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้	๓			
	๔. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงครบถ้วน และดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้	๔			
	๕. มีการติดตามประเมินผลของการดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้	๕			
๓.๔ ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			๒	๑๐	
	๑. มีผู้ประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ	๑			
	๒. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ	๒			
	๓. มีผู้ประสานงาน NCD system manager/ coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	๓			
	๔. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	๔			
	๕. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงเครือข่าย	๕			
๓.๕ เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน			๒	๑๐	
	๑. มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑			
	๒. มีแนวทางสำหรับการปฏิบัติการเพื่อการดูแลรักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการแต่ละระดับ	๒			
	๓. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	๓			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	๔. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ	๔			
	๕. มีการแจ้งผลการติดตามการประเมิน และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่าย	๕			
๓.๖ ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย			๒	๑๐	
	๑. มีระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) แต่ไม่มีเกณฑ์ดำเนินงานที่ชัดเจน	๑			
	๒. มีระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และมีเกณฑ์ดำเนินงานที่ชัดเจน	๒			
	๓. มีระบบ และมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	๓			
	๔. มีการติดตามผลการปฏิบัติตามเกณฑ์การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน	๔			
	๕. นำผลการติดตามมาทบทวนและปรับปรุง	๕			
องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง			๘	๔๐	
๔.๑ การจัดการบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง			๒	๑๐	
	๑. มีการกำหนด core content ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	๑			
	๒. มีเครื่องมือการประเมินศักยภาพ ความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	๒			
	๓. มีแผน และกำหนดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการตามปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ป่วย	๓			
	๔. ดำเนินการตามแผน และติดตามความรู้ ทักษะเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง	๔			
	๕. นำผลการดำเนินงานมาทบทวน และพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน	๕			
๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล			๒	๑๐	
	๑. มีช่องทาง วิธีการสื่อสาร เพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และผลการรักษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม	๑			
	๒. มีการให้ข้อมูลการรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (โดยใช้ คู่มือ สมุดสุขภาพ)	๒			
	๓. ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการบันทึกผลการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น SMBG / SMBP และแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ให้แก่ทีมสหวิชาชีพ	๓			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	๔. มีการนำผลการบันทึก และการจัดการตนเองมาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	๔			
	๕. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	๕			
๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธ์ทางสังคม			๒	๑๐	
	๑. มีการรวมกลุ่ม ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง	๑			
	๒. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง	๒			
	๓. กลุ่ม ชมรม ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด	๓			
	๔. กลุ่ม ชมรม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรม	๔			
	๕. กลุ่ม ชมรม มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	๕			
๔.๔ สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ			๒	๑๐	
	๑. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ แต่ไม่เพียงพอ	๑			
	๒. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ	๒			
	๓. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	๓			
	๔. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	๔			
	๕. มีการประเมินผลการใช้เครื่องมือนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	๕			
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ			๕	๒๕	
๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ			๑	๕	
	๑. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical Practice Guideline) แต่ไม่ครอบคลุมในการดำเนินงาน	๑			
	๒. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical Practice Guideline) ครอบคลุมการดำเนินงาน	๒			
	๓. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ	๓			
	๔. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical Practice Guideline)	๔			
	๕. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน เป็นระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่	๕			
๕.๒ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข			๒	๑๐	
	๑. มีทีมประสานงาน และให้การปรึกษาแต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	๑			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	๒. มีทีมให้การปรึกษาโดยสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล	๒			
	๓. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล และเครือข่ายทุกระดับ	๓			
	๔. มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ และแนวทางที่กำหนด	๔			
	๕. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายสม่ำเสมอ	๕			
๕.๓ Chronic Case Conference/ KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค			๒	๑๐	
	๑. มีกิจกรรม Chronic Case Conference/ KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้	๑			
	๒. มีกิจกรรม Chronic Case Conference/ KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	๒			
	๓. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference/ KM มาปรับปรุงกระบวนการงานจัดบริการ อย่างน้อยปีละ ๑ เรื่อง	๓			
	๔. มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มารวบรวมเป็นคลังความรู้	๔			
	๕. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวก หลายช่องทางเช่น social media website	๕			
องค์ประกอบที่ ๖ จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน			๑๑	๕๕	
๖.๑ การจัดการบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน			๒	๑๐	
	๑. มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน	๑			
	๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน	๒			
	๓. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน โดยโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน อย่างน้อยร้อยละ ๕๐	๓			
	๔. มีการประเมินผลการดำเนินงานครบทุกแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	๔			
	๕. มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๕			
๖.๒ สนับสนุนนโยบาย แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน			๒	๑๐	
	๑. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน	๑			
	๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการ ตามแผนงานที่วางไว้	๒			
	๓. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค และมีการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)	๓			
	๔. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค	๔			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	๕. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	๕			
๖.๓ มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน			๒	๑๐	
	๑. มีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ และสามารถระบุปัญหา และรากเหง้าของปัญหาของชุมชนที่ต้องจัดการ โดยใช้นโยบายสาธารณะ	๑			
	๒. มีแผนงานโครงการหรือแผนกิจกรรม เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักโรคไม่ติดต่อ	๒			
	๓. มีกระบวนการผลักดันให้เกิดการใช้นโยบายสาธารณะ เช่น การทำประชาคมในชุมชน, การทดลองใช้นโยบายในบางพื้นที่	๓			
	๔. มีการดำเนินการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะครอบคลุมทั้งอำเภอ/CUP	๔			
	๕. มีกระบวนการประเมินผล นโยบายสาธารณะ	๕			
๖.๔ สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			๒	๑๐	
	๑. โรงพยาบาลมีแผนงานเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ/หรือ จัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพ สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	๑			
	๒. โรงพยาบาลสนับสนุน และร่วมมือให้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน มีแผนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	๒			
	๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดตั้งกลุ่ม ชมรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	๓			
	๔. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน รพ.และรพ.สต. ร่วมวางแผนและดำเนินงานตามแผนกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ในการสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน อย่างน้อยร้อยละ ๕๐	๔			
	๕. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน รพ. และ รพ.สต. ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	๕			
๖.๕ ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.			๑	๕	
	๑. โรงพยาบาล รพ.สต. มีแผนงานสนับสนุนให้ อสม.มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	๑			
	๒. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	๒			
	๓. อสม. ดำเนินการตามแผนอย่างน้อยร้อยละ ๕๐	๓			
	๔. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของอสม.	๔			
	๕. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานของอสม.	๕			
๖.๖ สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของ กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน			๒	๑๐	

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ $C = (A \times B)$
	๑. มีการจัดกิจกรรม แต่ไม่ได้ตั้งเป็น กลุ่ม ชมรม	๑			
	๒. มีการจัดกิจกรรม และมี กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน (๑ ชมรม ต่อ ๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)	๒			
	๓. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเองซึ่งกำหนดโดยเจ้าหน้าที่	๓			
	๔. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน อย่างน้อยร้อยละ ๕๐	๔			
	๕. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดย กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน	๕			
		คะแนนรวม	๕๐	๒๕๐	

การคิดคะแนน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

$$\text{คะแนนรวม} = \text{ผลรวมของคะแนนที่ได้} (C \times 50) / 250$$

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

ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน ร้อยละ	คะแนน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	
					๑	๒	๓	๔	๕			
ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)												
๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษา ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	๙๐	๓		<๗๕	๗๕	๘๐	๘๕	≥๙๐	๑๕		
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	๔๐	๔		<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐	๒๐		
๓. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมี ค่าLDL < ๑๐๐ mg/dl	ร้อยละ	๖๐	๓		<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๑๕		
๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางตา	ร้อยละ	๖๐	๓		<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๑๕		
๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางเท้า	ร้อยละ	๖๐	๓		<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๑๕		
๖. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg	ร้อยละ	๖๐	๓		<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๑๕		
๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอว มากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/๒)]	ร้อยละ	๑๐	๓		>๑๖	๑๖	๑๔	๑๒	≤๑๐	๑๕		
๘. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วย เบาหวาน	ร้อยละ	๒	๓		>๘	๘	๖	๔	≤๒	๑๕		
๙. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ ของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	ร้อยละ	๙๐	๔		<๗๕	๗๕	๘๐	๘๕	≥๙๐	๒๐		
๑๐. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	๕.๐	๔		<๒.๐	๒.๐	๓.๐	๔.๐	≥๕.๐	๒๐		

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน ร้อยละ	คะแนน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
					๑	๒	๓	๔	๕		
๑๑. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับ การรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	๙๐	๓		<๗๕	๗๕	๘๐	๘๕	≥๙๐	๑๕	
๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	๒.๕	๔		<๑.๐	๑.๐	๑.๕	๒.๐	≥๒.๕	๒๐	
๑๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดัน โลหิตได้ดี	ร้อยละ	๕๐	๔		<๓๕	๓๕	๔๐	๔๕	≥๕๐	๒๐	
๑๔. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและ คัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	๙๐	๓		<๗๕	๗๕	๘๐	๘๕	≥๙๐	๑๕	
๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	๘๒.๕	๓		<๖๗. ๕	๖๗.๕	๗๒.๕	๗๗.๕	≥๘๒. ๕	๑๕	
รวม			๕๐							๒๕๐	

การคิดคะแนน ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

$$\text{คะแนนรวม} = \text{ผลรวมของคะแนนที่ได้} \times 50 / 250$$

ตารางสรุปผลคะแนนการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๑

ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
การประเมินกระบวนการพัฒนา คุณภาพ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)		<input type="checkbox"/> ดีเด่น (๘๕ - ๑๐๐ คะแนน)
ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)		<input type="checkbox"/> ดีมาก (๘๐ - ๘๔ คะแนน)
		<input type="checkbox"/> ดี (๗๐ - ๗๙ คะแนน)
คะแนนรวม (๑๐๐)		<input type="checkbox"/> พื้นฐาน (๖๐ - ๖๙ คะแนน)