

4



คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560

การบริหารงบประมาณบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

- บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน



คู่มือบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2560

การบริหารระบบบริการควบคุม
ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

- บริการควบคุมป้องกันและรักษา
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เล่มที่ 4

การบริหารระบบบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

- บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ISBN: 978-616-7859-62-0

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2559

จำนวน: 15,000 เล่ม

จัดทำโดย: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2, 3, 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730
www.nhso.go.th

ปกและรูปเล่ม: นายวัฒนสินธุ์ สุวรรตานนท์

พิมพ์ที่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์
188/4-5 ซอยแสงจันทร์ ถนนเจริญกรุง แขวงยานนาวา
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120
โทรศัพท์ 0 2211 4058 โทรสาร 0 2212 3054

คำนำ

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการกำหนดเป็นเป้าประสงค์หนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) และประเทศไทยได้รับการยอมรับจากนานาประเทศในการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้ประชาชนไทยทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และไม่ล้มละลายหรือยากจนลงจากภาระค่ารักษาพยาบาล สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมคนไทยกว่า 48 ล้านคน ถือเป็นระบบหลักประกันสุขภาพหลักหนึ่งในสามระบบหลักของประเทศไทย กระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการลงทุนด้านสุขภาพของรัฐบาลที่จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สนับสนุนให้มีการจัดบริการและจัดหาบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และประชาชนไม่ล้มละลายหรือยากจนลงจากภาระค่ารักษาพยาบาล ในปีงบประมาณ 2560 การกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงหลักการสำคัญเหมือนปีงบประมาณ 2559 และปรับปรุงให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้นจากข้อเสนอที่มาจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดรายละเอียดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2560 ประกอบด้วย

เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เล่มที่ 2 การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบบัญชีผู้ป่วยโรค

เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

เล่มที่ 4 การบริหารงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง

- บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือทุกเล่มจะเป็นประโยชน์สำหรับทุกภาคส่วนในการร่วมกันผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความยั่งยืน ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข และก่อให้เกิดความเป็นธรรมที่ประชาชนพึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตุลาคม 2559

สารบัญ

ส่วนที่ 1 บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	7
บทที่ 1 กรอบแนวคิดการบริหารจัดการบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	8
ความเป็นมา	8
กรอบแนวคิดการบริหารจัดการ	9
สิ่งที่คาดหวัง	13
บทที่ 2 การบริหารค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	15
แนวคิด	15
เป้าประสงค์	15
วัตถุประสงค์	16
พื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน	16
หลักเกณฑ์การบริหารจัดการงบประมาณ	16
แนวทางและขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณ	18
บทที่ 3 การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง	20
การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง	20
แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic care model)	21
การบริการ Secondary prevention ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	25
บทที่ 4 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	26
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	26
หน่วยบริการประจำและเครือข่าย	28
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต	30
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	30
บทที่ 5 การติดตาม ประเมินผล และตัวชี้วัด	31

ภาคผนวก	37
ภาคผนวก 1 Measurement template	38
ภาคผนวก 2 Case report form สำหรับเก็บข้อมูลการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยฯ	64
ภาคผนวก 3 แบบประเมินคลินิก NCD คุณภาพกระทรวงสาธารณสุข	76
ภาคผนวก 4 รายชื่อผู้ประสานงาน	89
ส่วนที่ 2 บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	91
ความเป็นมา	93
เป้าประสงค์	95
วัตถุประสงค์	95
กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน	95
ระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	96
ขอบเขตการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในชุมชน	99
การบริหารจัดการระบบบริการ	99
หลักเกณฑ์การบริการจัดการงบประมาณ	100
แนวทางและขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณ	101
บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	101
การติดตาม ประเมินผล และตัวชี้วัด	104
แบบบันทึก และแบบรายงานผลการดำเนินงาน	105
ภาคผนวก	107
ภาคผนวก 1 คุณสมบัตินุเคราะห์และบทบาทของหน่วยบริการ ในระบบบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน	108
ภาคผนวก 2 การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	110
ภาคผนวก 3 การเยี่ยมบริการผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home health care)	111
ภาคผนวก 4 รายชื่อผู้ประสานงาน	121



ส่วนที่ 1

บริการควบคุมป้องกัน
และรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง

บทที่ 1

กรอบแนวคิดการบริหารจัดการ บริการควบคุมป้องกันและรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1. ความเป็นมา

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมป้องกันตั้งแต่แรกเริ่ม จะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากโรคเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556-2557 ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.8 และพบจากร้อยละ 43.2 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีก็มีเพียงร้อยละ 23.7 สำหรับโรคความดันโลหิตสูงพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 44.7 ที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้เพียงร้อยละ 29.7

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตระหนักและเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการลงทุน ด้านสุขภาพเพื่อเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจัง ในการลดหรือชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมิให้เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยแล้วก็สามารถเข้าถึงบริการ

ควบคุมป้องกันความรุนแรงที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้มีบริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ขึ้น เป็นงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าบริการในการค้นหาผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน และป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (หรือที่เรียกว่า “การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ” (Secondary prevention)) จะทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับบริการให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจากการสำรวจประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ปี 2553-2558 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 17 โดยพบอัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเท้าและไตเพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 26 และ 24 ตามลำดับ ด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยวัดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c < 7 mg/dl) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยเพียงร้อยละ 0.7 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (BP<140/90 mmHg) เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.4 ทั้งนี้ พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 และ 3.2 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการตัดเท้า/นิ้วเท้าในผู้ป่วยเบาหวานลดลงร้อยละ 0.4

คณะกรรมการพัฒนาและกำกับทิศทางควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้วิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในระยะต่อไป โดยให้มีมาตรการยกระดับคุณภาพและเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยใช้สร้างการมีส่วนร่วมจากกลไกในการควบคุมป้องกันโรคจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ และในปีงบประมาณ 2560 ได้รับความสนับสนุนงบประมาณจำนวนทั้งสิ้น 910,609,000 บาท

2. กรอบแนวคิดการบริหารจัดการ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถป้องกันได้ การบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการจัดให้มีบริการดูแลรักษาภายหลังการเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียว ไม่อาจลดภาระผู้ป่วย/ครอบครัวและสังคมในระยะยาวได้ ดังนั้น การป้องกันก่อนการเกิดโรคเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องทำควบคู่กันไป สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้กำหนดกรอบการบริหารจัดการที่สำคัญ ดังนี้

2.1 บูรณาการการดำเนินงานบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขรายการต่างๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปในทิศทางที่ส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ดังนี้

2.1.1 การส่งเสริมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

- 1) สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน (P&P basic service) เพิ่มเติมแก่หน่วยบริการและสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก่อนป่วย (Primary prevention) โดยสนับสนุนให้มีบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและตรวจยืนยันตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Pre-diabetic, Pre-hypertension) บริการดังกล่าวยังช่วยให้เกิดการค้นพบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแต่แรกด้วย (Early diagnosis)
- 2) สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการระดับพื้นที่ (P&P ในชุมชน) ให้องค์กรปกครองท้องถิ่นเพื่อจัดงบประมาณร่วมกันจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุน อบต./เทศบาล) เพื่อสนับสนุนหน่วยบริการหรือสถานบริการ ดำเนินกิจกรรม การคัดกรองความเสี่ยง การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี ตลอดจนการสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนจัดทำกิจกรรม เพื่อการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค อาทิ ส่งเสริมจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ยังบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับยังสามารถใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยไม่ซ้ำซ้อนกับการดำเนินงานของหน่วยบริการประจำและเครือข่าย

2.1.2 การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิให้สามารถดำเนินการส่งเสริมและป้องกันโรคและรองรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดระบบส่งต่อ/ส่งกลับข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยการจัดค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมบริการ

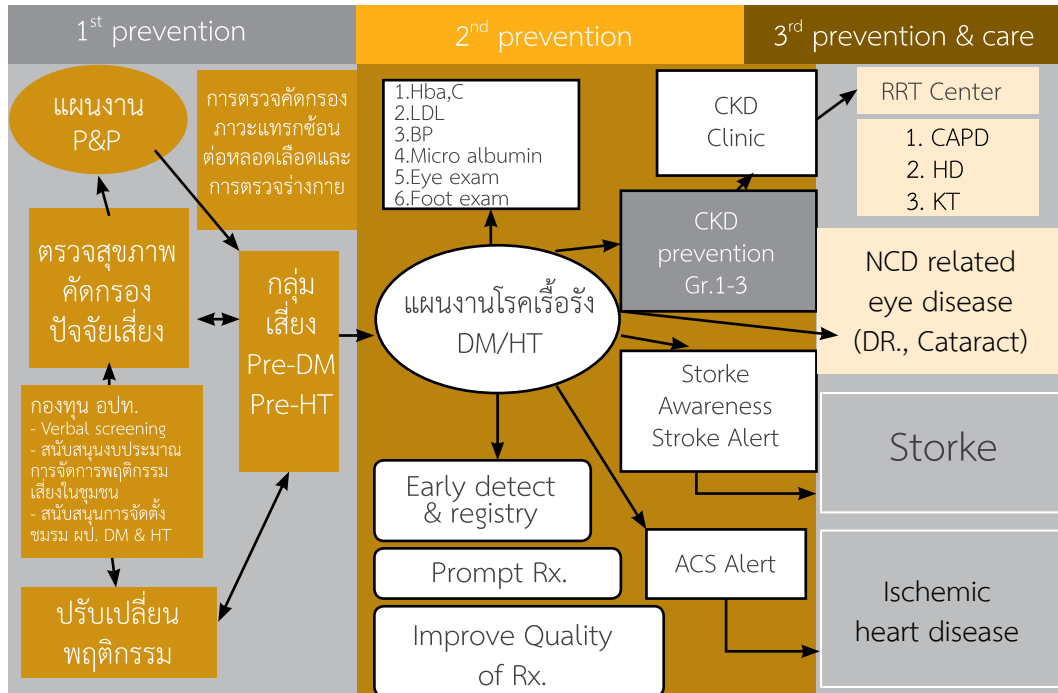
ปฐมนิยามในการพัฒนาศักยภาพบริการและจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้หน่วยบริการปฐมนิยามเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการ

2.1.3 การควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายหลังการเจ็บป่วย เพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันโดยการจัดค่าใช้จ่ายควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง เพื่อจัดบริการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)

2.1.4 การป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) สนับสนุนค่าใช้จ่ายเป็นการเฉพาะเพื่อจัดการภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง (จัดให้มีบริการล้างไตทางช่องท้อง ฟอกเลือดเปลี่ยนไต) จอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน (จัดให้มีบริการฉายเลเซอร์) โรคหลอดเลือดสมอง (บริการ Stroke Fast Track) และโรคหัวใจขาดเลือด (บริการ STEMI Fast Track)

2.1.5 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจัดค่าใช้จ่ายรวมไว้ในงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวในประเภทบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไป ทั้งนี้ ความเชื่อมโยงการดำเนินงานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งในระดับ Primary, Secondary และ Tertiary prevention ดังแผนภูมิ 1

แผนภาพที่ 1 แนวคิดการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



2.2 ประสานและร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในระดับนโยบายและทิศทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน เพื่อเสริมพลังในการป้องกันและการบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับประเทศ ตลอดจนประสานและร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ สถาบันการศึกษาและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง

2.3 สนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ให้มีบทบาทขับเคลื่อนบูรณาการการส่งเสริมป้องกันและการบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับพื้นที่

2.4 ส่งเสริมการบริหารจัดการข้อมูลในพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการบริการผู้ป่วยและการบริหารจัดการของหน่วยบริการและ สสจ. ลดภาระการจัดส่งข้อมูลไปยัง สปสช.

2.5 การสนับสนุนงบประมาณเป็นแบบจ่ายจริงล่วงหน้า มุ่งเน้นคุณภาพบริการตามข้อมูลผลงานของปีที่ผ่านมาเพื่อให้หน่วยบริการทราบวงเงินที่จะได้รับและสามารถวางแผนการปฏิบัติงานได้ชัดเจน

2.6 ให้ความสำคัญกับการประเมินผลการดำเนินงานในหน่วยบริการและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

3. สิ่งทีคาดหวัง

3.1 ระดับตำบล/เทศบาล

โดยกองทุนสุขภาพ อบต./เทศบาล สนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีกิจกรรมการดำเนินงานทุกชุมชน โดยศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยมีการจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง ที่เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งมีการสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนสุขภาพ อบต./เทศบาล และชมรมผู้ป่วยครอบคลุมทุกพื้นที่

3.2 หน่วยบริการประจำระดับอำเภอและจังหวัด

มีการปรับการบริการคลินิกเบาหวานให้เป็นบริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic care model) มีผู้จัดการรับผิดชอบการจัดบริการ (Case manager) ประสานเชื่อมโยงบริการ จัดให้มีข้อมูลและระบบ การส่งต่อผู้ป่วยสู่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งเพิ่มการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง ของผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นรูปธรรม ตามแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในระบบ Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข

3.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จัดให้มีหน่วยงานเจ้าภาพและผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (System manager) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการในระดับจังหวัด โดยมีฐานข้อมูลของจังหวัดที่ครบถ้วนสมบูรณ์และมีคุณภาพ

3.4 ระดับเขต

มีการบูรณาการทั้งหน่วยงานและงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง

3.5 องค์กรวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข

กระตุ้นให้เกิดการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีส่วนร่วม และจัดให้มีกิจกรรมและเวทีวิชาการในระดับต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกระดับที่หลากหลายและต่อเนื่อง

3.6 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนการจัดการบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นนโยบายเน้นหนัก รวมถึงสนับสนุนกลไกการทำงานของคณะกรรมการและคณะทำงานในระดับต่างๆ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้กองทุนต่างๆ บูรณาการการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม

3.7 สังคม

เกิดกระแสสังคมที่ใส่ใจกับภัยเงียบของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อกระตุ้นให้สังคมหันมาตระหนักและมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างเป็นรูปธรรม

บทที่ 2

การบริหารค่าใช้จ่าย เพื่อบริการควบคุมป้องกันและรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1. แนวคิด

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุม ป้องกัน ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) เป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มเติมจากงบประมาณจ่ายรายหัว เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานอย่างจริงจังในการลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายเพิ่มการเข้าถึงบริการควบคุมป้องกัน (Secondary prevention) และยกระดับคุณภาพบริการตามมาตรฐานการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

2. เป้าประสงค์

- 2.1 เพิ่มการค้นหาและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 2.2 เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 2.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเพื่อลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำเพิ่มการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามแนวทางเวชปฏิบัติ

3.2 เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำให้การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3.3 เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการจัดบริการควบคุมป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ

4. พันที่เป้าหมายการดำเนินงาน

หน่วยบริการประจำและเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. หลักเกณฑ์การบริหารจัดการงบประมาณ

5.1 กรอบวงเงิน

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 910,609,000 บาท (เก้าร้อยสิบล้านหกแสนเก้าพันบาท) จัดสรรเป็นการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเน้นการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ การตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ การควบคุมดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกเริ่มและการพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ

5.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณบริการ Secondary Prevention

เงินบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง เป็นเงินเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัวเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันและยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐาน โดยคำนวณเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขต (Global budget ระดับเขต) ตามจำนวนผู้ป่วยและคุณภาพผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วย DM/HT และให้กำหนดเป็น Global budget ระดับเขตแต่ละเขต ประจำปีทั้งปีตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

5.2.1 จำนวนร้อยละ 60 จัดสรรตามจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีข้อมูลเข้ารับบริการกับหน่วยบริการประจำ (Hmain OP) ในเขตนั้นๆ โดยจำนวนผู้ป่วยได้มาจากฐานข้อมูล OP individual OP/AE และ IP individual ที่หน่วยบริการประจำและเครือข่ายได้ส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามระบบ

5.2.2 จำนวนร้อยละ 40 จัดสรรในภาพรวมระดับเขตโดยใช้เกณฑ์ผลงานบริการและผลลัพธ์สำคัญจากการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่กำหนด ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการประเมินผลการดูแลรักษาโรคผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดกรุงเทพมหานครประจำปี 2558 ซึ่งดำเนินการสำรวจโดยเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools) หรือ MedResNet (Thailand) จำนวน 11 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) ด้านความครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 - 1.1) อัตราการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
 - 1.2) อัตราการตรวจ LDL หรือ Lipid profile ผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
 - 1.3) อัตราการตรวจ Microalbuminuria อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
 - 1.4) อัตราการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
 - 1.5) อัตราการตรวจเท้าอย่างละเอียด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
 - 1.6) อัตราผู้ป่วย Microalbuminuria ได้รับยาในกลุ่ม ACE-inhibitor หรือ ARB
- 2) ด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 - 2.1) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7%
 - 2.2) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 2.3) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่า BP ต่ำกว่า 140/90 mmHg
 - 2.4) อัตราพบภาวะแทรกซ้อนทางไตในรอบ 12 เดือนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 2.5) อัตราพบภาวะแทรกซ้อนทางไตในรอบ 12 เดือนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

และผลงานการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน (E-Claim) จากไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณ 2558 และไตรมาส 1-2 ของปีงบประมาณ 2559 จำนวน 4 ตัวชี้วัดดังนี้

- 1) อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 2) อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission Rate) ด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 3) อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission Rate) ของผู้ป่วยตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ
- 4) อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission Rate) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลที่รับลงทะเบียนสิทธิ

ทั้งนี้ สปสช.เขตจะต้องจัดทำหลักเกณฑ์การจ่ายเงินให้แก่จังหวัดและ/หรือหน่วยบริการแบบเหมาจ่ายตามความเห็นชอบของอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (อปสช.) โดยต้องคงตัวชี้วัดคุณภาพและสัดส่วนการจัดสรรของคุณภาพบริการอย่างน้อยร้อยละ 40 และสามารถเพิ่มเติมตัวชี้วัดตามบริบทของเขตได้

5.3 ข้อแตกต่างการจัดสรรงบประมาณค่าบริการจากปี 2559

การจัดสรรงบประมาณค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในปี 2560 มีความแตกต่างจากปีงบประมาณ 2559 คือ ได้เพิ่มตัวชี้วัดจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในมาคำนวณในสัดส่วนของคุณภาพบริการด้วย

6. แนวทางและขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณ

6.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลางแจ้งผลการจัดสรรงบประมาณค่าบริการรายเขตให้แก่ สปสช.เขตและรหัสเบิกจ่ายงบประมาณปี 2560 ให้แก่ สปสช.เขต ภายใน เดือนกันยายน 2559

6.2 สปสช.เขต จัดทำหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรงบให้จังหวัดและ/หรือให้หน่วยบริการเข้าพิจารณาในคณะกรรมการ รวมทั้งดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณภายในเดือนธันวาคม 2559

6.3 สปสช.เขต ส่งหลักเกณฑ์การจ่ายและ/หรือผลการจัดสรรมายังแผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะทราบภายในเดือนมกราคม 2560

6.4 แผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะติดตามกำกับการเบิกจ่ายงบประมาณรวม ปัญหาและอุปสรรคต่างตามระบบของสำนักงาน

6.5 หน่วยบริการที่จะได้รับจัดสรรงบประมาณค่าบริการ คือ หน่วยบริการประจำตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการประจำ

ขั้นตอน	กิจกรรมดำเนินการ	ระยะเวลาดำเนินการ
1	แผนงานฯ โรคเรื้อรัง สปสช. ทำหนังสือแจ้งยอดการจัดสรรและรหัสงบประมาณไปยัง สปสช.เขตทุกเขต	กันยายน 2559
2	สปสช.เขต จัดทำหลักเกณฑ์ และแนวทางการจัดสรรงบให้จังหวัดและ/หรือให้หน่วยบริการเข้าพิจารณาในคณะกรรมการ รวมทั้งดำเนินการเบิกจ่ายงบประมาณ	ธันวาคม 2559
3	สปสช.เขต ส่งหลักเกณฑ์การจ่ายและ/หรือผลการจัดสรรมายังแผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะทราบ	มกราคม 2560
4	แผนงานฯ โรคเรื้อรัง สปสช. ติดตามกำกับการเบิกจ่ายตามระบบ	มกราคม 2560

บทที่ 3

การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพที่หลากหลายซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการประจำ และบางส่วนปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนและคลินิกชุมชนอบอุ่น) ในการดำเนินงานดังกล่าว สาขาวิชาชีพเหล่านี้ต้องปฏิบัติงานเพื่อประสานและวางแผนการจัดบริการและการดูแลรักษาร่วมกันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพ

1. การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง

จากการดำเนินการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยป่วยรายใหม่ตามโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน ที่ขับเคลื่อนโดยกระทรวงสาธารณสุขและการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งรายเก่าและใหม่ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็เป็นภาระมหาศาลสำหรับ หน่วยบริการประจำและเครือข่าย (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการดูแลรักษาแบบเฉียบพลันและโรคติดเชื้อซึ่งไม่เหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการใหม่ไปสู่การบริหารจัดการ ที่เรียกว่า การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic disease management)

การบริหารจัดการโรคเรื้อรัง คือ การบริหารจัดการโรคในภาพรวมแบบเชิงรุก (Pro-active, Population-Based Approach) เพื่อระบุหรือค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรกของวงจรการเกิดโรค (ซึ่งยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน) เพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น องค์ประกอบสำคัญของการบริหารจัดการโรคเรื้อรังประกอบด้วย 1) การดูแลรักษาเชิงรุกที่มีการวางแผนล่วงหน้า โดยให้ความสำคัญ กับการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเท่าที่เป็นไปได้มากกว่าการคอยตั้งรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 2) ผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษา โดยผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง 3) การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยง ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนการจัดการตนเอง ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต 4) การดูแลรักษา ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และ 5) ให้การดูแลรักษาอย่างเนื่อง ณ จุดบริการที่เหมาะสม

จากประสบการณ์ของประเทศอังกฤษพบว่าการบริหารจัดการโรคที่ดีนั้น หน่วยบริการมีการดำเนินการ ที่สำคัญ ดังนี้ 1) ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อเข้าถึงข้อมูลสำคัญรายบุคคลและภาพรวมทั้งหมด 2) ระบุและค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยง 4) ให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเจ้าของในการดูแลรักษา 5) การดูแลรักษาที่เชื่อมโยง 6) ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ 7) บูรณาการการดูแลรักษา ระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 8) บูรณาการการดูแลรักษา ระหว่างหน่วยงาน 9) มุ่งลดการเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และ 10) ให้การดูแลรักษา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งซับซ้อนน้อยที่สุด

2. แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Chronic care model)

การบริหารจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นต้นแบบแพร่หลาย คือ แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือ Wagner model เอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ เสนอว่าการจัดการโรคเรื้อรังไม่ได้ต้องการอะไรมากไปกว่า การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาจากระบบเชิงรับที่ตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นไปสู่ระบบเชิงรุก และเน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยยังคงมีสุขภาพดีเท่าที่เป็นไปได้ แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังรูปภาพ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ที่สัมพันธ์กัน

แผนภาพที่ 2 แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง



ที่มา: ICIC At Group Health's MacColl Institute: Does The Chronic Care Model Work

2.1 นโยบายขององค์กรสุขภาพ (Health care organization) ต้องส่งเสริมวัฒนธรรมระบบและกลไก ที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สิ่งสำคัญคือผู้บริหารต้องเป็นผู้นำ และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการบริการที่คุ้นเคยกับการตั้งรับและตอบสนองเมื่อมีการเจ็บป่วยไปสู่การจัดการบริการเชิงรุกที่มีการวางแผนตามแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการพัฒนาในทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม ใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพเพื่อมุ่งเปลี่ยนแปลงระบบอย่างเบ็ดเสร็จ ส่งเสริมการจัดการกับปัญหาและข้อผิดพลาดอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้เพื่อพัฒนาการดูแลรักษา สนับสนุนทีมบริการให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานให้บริการเชิงรุก สนับสนุนสิ่งจูงใจ/ค่าตอบแทนเพื่อการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

2.2 ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) เพื่อจัดการข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงให้เป็นหมวดหมู่ สามารถใช้ติดตามการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือ หน่วยบริการประจำ และเครือข่ายต้องจัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงสูง ประกอบด้วยข้อมูลทางประชากรและข้อมูลบริการดูแลรักษาที่สำคัญ เช่น วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ ชนิดการตรวจ ผลการตรวจของแต่ละรายการ ฯลฯ ในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็น Spreadsheet ของ Excel หรือ Database ของ Access ทะเบียนผู้ป่วยนี้ได้มา

จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยบริการที่มีอยู่แล้ว หากฐานข้อมูลมีข้อมูลไม่ครบถ้าจำเป็นให้บันทึกเพิ่มเติมใน Spreadsheet หรือ Database หรือใช้โปรแกรม Chronic disease surveillance ของสำนักกระบาดวิทยา (เป็นทั้งฐานข้อมูลการจัดบริการ ทะเบียน และการวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยา) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็กและปริมาณผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับส่งกลับไม่มาก เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัย สามารถใช้โปรแกรม Excel หรือ Access จัดทำทะเบียนได้ ทะเบียนผู้ป่วยยังสามารถใช้เป็นระบบเตือน (Recall) เพื่อติดตามผู้ป่วยมารับบริการ ตลอดจนการทบทวนการดูแลรักษา (Review) ว่าผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติหรือไม่ ระบบสารสนเทศช่วยแบ่งปันข้อมูลบริการผู้ป่วยและเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลเบาหวานและความดันโลหิตสูง ช่วยแบ่งปันข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย ช่วยติดตามกำกับผลการปฏิบัติงานของระบบบริการดูแลรักษาและทีม

2.3 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) เพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับรสนิยมและวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย หรืออิงหลักฐานที่ได้รับการยืนยัน ทั้งนี้การดูแลรักษาควรสอดคล้องกับความสนใจและรสนิยมของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการดูแลรักษาเพื่อให้มีส่วนร่วมและจัดการตนเอง จัดทำ Management protocol/Care pathway เพื่อบอกถึงขั้นตอนและรายละเอียดวิธีปฏิบัติการดูแลรักษาที่ระดับคลินิก ผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการประจำจนถึงระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ การส่งต่อ/ส่งกลับ จัดระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ระหว่างแพทย์กับทีมดูแลผู้ป่วย และระหว่างแพทย์/ทีมดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการประจำกับพยาบาลผู้ดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านทางโทรศัพท์ วิทยุ และ Skype telemedicine

2.4 การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) เพื่อให้มั่นใจว่าได้ให้บริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการตนเอง สิ่งสำคัญคือ การกำหนดบทบาทและแบ่งงานกันให้ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจัดให้มี Case/Disease manager เพื่อประสานทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยและทบทวนทะเบียนเพื่อประเมินการจัดบริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวมทุกๆ รอบ 3-4 เดือน และรอบ 1 ปี มีการวางแผนล่วงหน้าในการให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการให้บริการดูแลที่เข้มข้นและลงรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซับซ้อน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต จัดระบบ

นัดหมายอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์หรือไปรษณีย์ จัดระบบและศูนย์ประสาน การส่งกลับ/ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการรับส่งต่อ และประสานติดตามการดูแล ผู้ป่วยที่ส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ

2.5 การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management support) เพื่อพัฒนา ศักยภาพของผู้ป่วย ให้พร้อมและสามารถจัดการตนเองทั้งสุขภาพและการดูแลรักษาได้ สิ่งสำคัญคือ เน้นหรือให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพตนเอง ใช้วิธีการสนับสนุนการจัดการ ดูแลตนเองที่มีประสิทธิผล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติ ตัว การแก้ปัญหาและการนัดอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือ ชมรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน จัดหาสิ่งสนับสนุนทั้งจากภายในและภายนอก หน่วยบริการและชุมชนเพื่อให้การสนับสนุน การจัดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.6 การเชื่อมต่อกับชุมชน (Community) เพื่อแสวงหาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในชุมชน ให้สนองตอบความจำเป็นของผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือ ค้นหาว่ามีกลุ่มหรือชมรม อาทิ ชมรมผู้ป่วยโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูง ชมรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายหรืออาหารในชุมชนหรือไม่ เพื่อแนะนำผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรม ส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือ สถานพยาบาลอื่น สร้างความร่วมมือ กับองค์กรชุมชนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมในส่วนที่หน่วยบริการ ไม่สามารถจัดให้ได้ เสนอแนะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่มีศักยภาพสนับสนุน การดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น จัดให้มีบริการวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาล หรือสนับสนุนวัสดุ ที่จำเป็น เป็นต้น

2.7 หน่วยบริการประจำ สามารถใช้แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นกรอบในการ ประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสของการพัฒนาหรือสิ่งที่จะต้องเปลี่ยนแปลงเชิงระบบซึ่งจำเป็นสำหรับ การปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การจัดการเชิงระบบจะทำให้มั่นใจ ว่าเกิดการบริการเชิงรุก ที่บูรณาการและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาระบบบริการให้เป็น แบบแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องจัดลำดับความสำคัญที่จะดำเนินการ ไม่มีความจำเป็นต้องทำทุก องค์กรประกอบไปพร้อมกัน

นอกจากการพัฒนาปรับปรุงภายในหน่วยบริการแล้ว หน่วยบริการประจำยังต้องพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วย

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ส่งกลับไปได้ สิ่งที่สำคัญ คือ การสร้างความเข้าใจแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง Management protocol/Care pathway การสนับสนุนชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การเชื่อมโยงกับชุมชน ตลอดจนองค์ความรู้ที่จำเป็น อาทิ กิจกรรมทางกายและอาหาร เป็นต้น

3. การบริการ Secondary prevention ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Secondary prevention ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึง การดำเนินการคัดกรอง หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยให้การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนแต่เนิ่นๆ และหากตรวจพบภาวะแทรกซ้อนต้องให้การดูแลรักษาอย่างทันที่ซึ่งมีกิจกรรมที่สำคัญประกอบด้วย 1) การรักษาด้วยยา 2) การตรวจคัดกรองความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน และ 3) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย รายละเอียดตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557 และที่จะปรับปรุงเพิ่มเติม รวมทั้งแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 และที่จะปรับปรุงเพิ่มเติม การตรวจคัดกรองความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงต่อ Cardio-Vascular Disease (CVD), Nephropathy, Retinopathy, Neuropathy และการตรวจเท้า (Foot Exam) บริการตรวจคัดกรองที่สำคัญประกอบด้วย การตรวจร่างกาย การตรวจชั้นสุตรทางห้องปฏิบัติการและการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมิน สำหรับบริการตรวจคัดกรองขั้นต่าอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ที่หน่วยบริการประจำควรจัดให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตามตารางที่ 2 อย่างไรก็ตาม แพทย์ที่ดูแลรักษาอาจใช้ดุลยพินิจได้ตามความเหมาะสมภายใต้แนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าว

ตารางที่ 2 บริการตรวจคัดกรองขั้นต่าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง
ตรวจ HbA1c	ตรวจ Lipid Profile
ตรวจ Lipid Profile	ตรวจ Urine Macro Protein/Sediment
ตรวจ Urine Micro Albumin	ตรวจ FBS
ตรวจตา	-
ตรวจเท้า	-

บทที่ 4

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีอาจดำเนินการได้อย่างครบถ้วนด้วยหน่วยบริการประจำแต่เพียงแห่งเดียว นอกจากนั้น การบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้บรรลุความสำเร็จ ยังจำเป็นต้องดำเนินการอย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับ Primary, Secondary และ Tertiary care ซึ่งต้องอาศัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในแนวดิ่งและแนวราบร่วมกันดำเนินการ ต่อไปนี้เป็นบทบาทของหน่วยงานที่สามารถปฏิบัติได้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบระดับพื้นที่ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างครบวงจร (System manager) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ โดย สปสช.เขตให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริหารจัดการแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาดำเนินงานตามลำดับความสำคัญของพื้นที่ ดังนี้

1.1 จัดทำแผนงานและแผนปฏิบัติการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของคณะกรรมการโรคเรื้อรังของจังหวัด (NCD board) โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

1.1.1 ดำเนินงาน/จัดกิจกรรมตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการที่กำหนดให้บรรลุตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์

1.1.2 ประสานระดับนโยบาย/สร้างความร่วมมือ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กองทุน อบต.) รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ชุมชน ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.1.3 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดความรู้ นวัตกรรมระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและพัฒนาระบบการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

1.1.4 กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการภายในจังหวัด รวมทั้งการวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุป และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2 สนับสนุนการจัดระบบบริการ การดูแล การควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในระดับจังหวัด

1.2.1 พัฒนาระบบเครือข่ายบริการ การส่งต่อ ส่งกลับระหว่างหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยจัดทำแนวทางการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Management care Protocol/Care pathway) โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ของสมาคมวิชาชีพ อ้างอิงหรือตามแนวทางพัฒนาระบบบริการ (NCD Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข

1.2.2 กระตุ้น ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวทางการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) โดยใช้แบบประเมินคลินิก NCD คุณภาพ กรมควบคุมโรค (รายละเอียดในภาคผนวก)

1.2.3 สนับสนุนให้หน่วยบริการ จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะเริ่มต้นในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกัน/ชะลอและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้าสู่ระบบการดูแลระดับตติยภูมิ

1.2.4 สนับสนุนให้มีการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการ ตามแนวทางการประเมินคุณภาพของ MedResNet อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนให้หน่วยบริการใช้ข้อมูลผลการประเมินประจำปีเพื่อการพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง

1.2.5 จัดให้มีระบบฐานข้อมูลลงทะเบียนการดูแล ควบคุมป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ ฐานข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในระดับประชากร ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/การบริการ การดูแลรักษาทางคลินิกที่สำคัญ รวมถึงข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับหน่วยบริการและระดับจังหวัด

ตามความเห็นสมควรเพื่อใช้ในการติดตามระบาคติวิทยาของโรค รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับหน่วยบริการและชุมชน

2. หน่วยบริการประจำและเครือข่าย

2.1 หน่วยบริการประจำ

หน่วยบริการประจำมีบทบาทสำคัญการจัดบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ สปสช.ได้สนับสนุนงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการแบบบูรณาการ หน่วยบริการสามารถดำเนินการพัฒนาเชิงโครงสร้าง กำลังคนและการจัดบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิผล ดังนี้

2.1.1 ผู้บริหารกำหนดเป็นนโยบายที่จะพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรังโดยใช้แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างแรงจูงใจ

2.1.2 กำหนดให้มีคณะหรือทีมงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีผู้รับผิดชอบจัดการในภาพรวมเป็น Case/Care/Disease manager เพื่อเชื่อมโยงและประสานบริการตลอดจนการประเมินทบทวนทะเบียนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวม โดยใช้แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.1.3 ประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ดำรงอยู่โดยใช้แบบประเมินการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง เช่น ใช้แบบประเมินคลินิก NCD คุณภาพ สำหรับสถานบริการสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาและวางแผนการพัฒนาตนเองไปสู่แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.1.4 ลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายที่มีสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ (Hmain) รวมทั้งผู้มีสิทธิอื่น ในรูปของอิเล็กทรอนิกส์

2.1.5 ให้บริการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และบริการ Secondary prevention สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2.1.6 พัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ชุมชน ตามแผนการรักษาที่ตกลงร่วมกับผู้ป่วย

2.1.7 ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.1.8 ประสานเชื่อมโยงชุมชนเพื่อแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยหรือแนะนำให้ผู้ป่วย ใช้ทรัพยากรในชุมชน

2.1.9 ส่งข้อมูลผู้ป่วยและบริการที่จำเป็นให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามระบบบริหารจัดการข้อมูลในจังหวัด

2.1.10 ประเมินผลการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.2 หน่วยบริการปฐมภูมิ

ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากหน่วยบริการประจำ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยบริการประจำ นอกจากนี้ สปสช.ยังได้สนับสนุนงบบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อดำเนินงาน บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

2.2.1 ค้นหากลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ด้วยการตรวจคัดกรองผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

2.2.2 ส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่ตรวจยืนยันและไปลงทะเบียนที่หน่วยบริการประจำ พร้อมทั้งรับบริการ และวางแผนการรักษากับแพทย์ที่หน่วยบริการประจำหรือศูนย์แพทย์ชุมชน

2.2.3 จัดให้มีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับส่งกลับและดูแลอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่แพทย์และทีมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการประจำตกลงร่วมกับผู้ป่วย

2.2.4 ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.2.5 ประสานเชื่อมโยงชุมชนเพื่อแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง

2.3 กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต./เทศบาล

กองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาลมีอำนาจพิจารณาดำเนินการเพื่อสนับสนุนการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ตามความจำเป็น กิจกรรมที่กองทุนสามารถดำเนินการได้ ดังนี้

2.3.1 ตรวจคัดกรองความเสี่ยงและส่งตรวจยืนยันที่หน่วยบริการประจำตามหลักเกณฑ์

2.3.2 จัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2.3.3 ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.3.4 ส่งเสริมสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

3.1 สร้างและพัฒนากลไกการการพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณโดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. รวมทั้งการพัฒนากระบวนการในพื้นที่ให้เกิดความเชื่อมโยงบริการอย่างไร้รอยต่อ

3.2 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบบริการของหน่วยบริการในพื้นที่ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพพยาบาลคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการจัดเก็บข้อมูลประเมินผลลัพธ์และการนำข้อมูลประเมินผลไปใช้ในการพัฒนาบริการอย่างครบวงจรคุณภาพ โดยเฉพาะสนับสนุนการทำงานของ Case manager, System manager และแพทย์นักระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ ให้สามารถปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ

3.3 ผลักดัน สนับสนุน ช่วยเหลือการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกองทุนสุขภาพตำบล/เทศบาล ในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่

3.4 สร้างและพัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในระดับเขต

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการขับเคลื่อนและประสานนโยบายในระดับประเทศ กับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างบรรยากาศทางวิชาการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การพัฒนากำลังคน การพัฒนาหลักสูตร การพัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผลและงานระบาดวิทยาโรค NCD สนับสนุนทรัพยากรและจัดสรรเงินและการจ่ายเงิน ดังที่กล่าวในบทที่ 2

บทที่ 5

การติดตาม ประเมินผลและตัวชี้วัด

1. การติดตามและประเมินผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญกับการปรับและพัฒนากระบวนการจัดการโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยเน้นผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่ง สปสช.ใช้กระบวนการติดตามและประเมินผล ดังนี้

- 1.1 การตรวจเยี่ยมติดตามสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่
- 1.2 การประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลบริการจากฐานข้อมูล OP/PP และ IP Individual record และ/หรือจากการสำรวจหรือรายงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 1.3 ประเมินผลการบริหารจัดการเชิงกระบวนการในระดับพื้นที่ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนการพัฒนาวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกระดับ

2. ตัวชี้วัด

2.1 ตัวชี้วัดกระบวนการ

2.1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- 1) มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัด (NCD board) ซึ่งดูแลภาพรวมการดำเนินการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

- 2) มีผู้จัดการหรือผู้รับผิดชอบระบบบริหารจัดการโรคเรื้อรัง (System manager) อย่างชัดเจน
- 3) มีแผนยุทธศาสตร์/แผนงาน/แผนปฏิบัติการในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีการบูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 4) มีการจัดทำแนวทางการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวมของจังหวัด โดยอ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติที่จัดทำขึ้นโดยสมาคมวิชาชีพและแผนพัฒนาเครือข่ายบริการ
- 5) มีระบบและฐานข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวมของจังหวัด
- 6) มีแผนพัฒนากำลังคนและศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายในจังหวัด
- 7) มีการจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด

2.1.2 หน่วยบริการประจำ

- 1) มีผู้รับผิดชอบจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Case manager) ในภาพรวมที่ชัดเจน
- 2) มีการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง และผลประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วยประจำปี แล้วจัดทำแผนพัฒนาในส่วนที่ยังไม่ถึงเกณฑ์
- 3) มีทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
- 4) มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามแนวเวชปฏิบัติ
- 5) มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยไปรับดูแลต่อที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
- 6) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในและเครือข่ายเพื่อรองรับการจัดการโรคเรื้อรัง
- 7) มีการสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและเชื่อมโยงกับชุมชน
- 8) มีการสนับสนุน Self management support ของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เพื่อลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.1.3 หน่วยบริการปฐมภูมิ

- 1) มีการสนับสนุนชมรมและเชื่อมโยงกับชุมชน
- 2) ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันและลงทะเบียนที่หน่วยบริการประจำ
- 3) มีการจัดบริการรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ถูกส่งกลับมาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา
- 4) มีการสนับสนุนชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและเชื่อมโยงกับชุมชน

2.1.4 กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต./เทศบาล

- 1) มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและหรือคัดกรองโรค (ส่งตรวจยืนยันที่หน่วยบริการประจำ) ประชาชนในชุมชน อย่างน้อย 50% ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
- 2) มีการสนับสนุนชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.2 ตัวชี้วัดผลผลิตที่จำเป็น

2.2.1 ผู้ป่วยเบาหวานความครอบคลุมการตรวจ HbA1c, LDL, Microalbuminuria ตรวจตา ตรวจเท้าอย่างละเอียด

2.2.2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงความครอบคลุมการตรวจ Lipid, Urine protein และตรวจ FBS

2.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่จำเป็น

2.3.1 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า HbA1c ต่ำกว่า 7 %

2.3.2 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl

2.3.3 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่า BP ต่ำกว่า 140/90 mmHg

2.3.4 อัตราการรับไว้รักษาของผู้ป่วยที่ยังไม่มีแทรกซ้อนแต่ควบคุมไม่ได้

2.3.5 อัตราการรับไว้รักษาภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น

2.3.6 อัตราการรับไว้รักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

2.3.7 อัตราการกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน

นอกจากนี้ หน่วยบริการประจำสามารถใช้ตัวชี้วัดต่อไปนี้ซึ่งประกอบด้วย Process indicator, Outcome indicator และหรือ Structure indicator เช่น แบบประเมินคลินิก NCD คุณภาพในการประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับหน่วยบริการอื่นและพัฒนาตนเองมุ่งสู่คุณภาพรวมทั้งตัวชี้วัดโรคเบาหวาน ใช้ตัวชี้วัดที่พัฒนาซึ่งกำหนดโดยเครือข่าย TCEN (Toward Clinical Excellence Network) ดังนี้

- 1) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ Fasting Blood Sugar อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (สูงกว่าหรือเท่ากับ 70 mg/dl และ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl)
- 2) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการเจาะ HbA1c ประจำปี
- 3) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7%
- 4) อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน
- 5) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Lipid profile ประจำปี
- 6) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl
- 7) อัตราระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/80 mmHg
- 8) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Microalbuminuria ประจำปี
- 9) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB
- 10) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี
- 11) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี
- 12) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดประจำปี
- 13) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
- 14) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขา
- 15) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเองหรือสอนผู้ดูแล อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
- 16) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่
- 17) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็น Diabetic Retinopathy
- 18) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น Diabetic Nephropathy

19) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง Impaired Fasting Glucose (IFG)

สำหรับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง หน่วยบริการประจำอาจใช้ตัวชี้วัด ดังนี้

- 1) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (SBP ต่ำกว่า 140 และ DBP ต่ำกว่า 90)
- 2) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี
- 3) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี
- 4) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือด
- 5) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง
- 6) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
- 7) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่

ทั้งนี้ หน่วยบริการประจำสามารถพิจารณาเลือกตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ บางส่วนหรือทั้งหมด เพื่อวัดและประเมินผลได้ตามต้องการ

A graphic of a puzzle with one piece highlighted in orange. The puzzle is composed of white pieces with grey outlines. The highlighted piece is a large, irregular shape on the right side of the image. The text "ภาคผนวก" is written in white on the orange piece.

ภาคผนวก

ภาค ผนวก 1

Measurement template

1.1 Measurement template ของตัวชี้วัดโรคเบาหวาน

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราของระดับ Fasting Blood Sugar ในผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุม
ได้

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราของระดับ Fasting Blood Sugar ในผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (≥ 70 mg/dl และ ≤ 130 mg/dl)
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตรวจ Fasting Blood Sugar หมายถึง การตรวจระดับน้ำตาล ในเลือด หลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนครั้งที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้ว มีระดับ Fasting Blood Sugar อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (≥ 70 mg/dl และ ≤ 130 mg/dl) ในรอบ 1 เดือน X 100 ตัวหาร: จำนวนครั้งที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในรอบ 1 เดือน (นับตาม Visit)
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก 1 เดือน
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ประจำปี

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ประจำปี
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตรวจ HbA1c ประจำปี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> ในกรณีที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่าง ต้องเขียนหมายเหตุไว้เนื่องจากตัวหารคือ N ที่สุ่มมา ตัวตั้งเมื่อนับแล้วไม่นับซ้ำ

ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7%

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7%
2. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 7% หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลที่จับกับ Hemoglobin ในกระแสเลือด ที่เรียกว่า HbA1c มีค่า น้อยกว่า 7%
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนครั้งของการตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี ผลการตรวจ HbA1c น้อยกว่า 7 % ในรอบ 1 ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	สำหรับหน่วยงานที่ต้องการเก็บเป็นรายคน ให้กำหนดเป็นช่วงดังนี้ - HbA1c \leq 6.5% - HbA1c 6.6- 7% - HbA1c 7.1- 8% - HbA1c 8.1- 9% - HbA1c $>$ 9%

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) (เช่น ภาวะคีโตซีส ภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะเป็นกรดในเลือด) และภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ยกเว้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานในรอบ 1ปี X 100 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Lipid profile ประจำปี

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Lipid profile ประจำปี
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตรวจ Lipid profile หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมันในเลือด ทั้ง Total cholesterol, Triglyceride, High-density Lipoprotein (HDL) Cholesterol, Low-density Lipoprotein (LDL) Cholesterol ทุกตัวอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในรอบ 1ปี ที่ผ่านมาได้รับการตรวจ Lipid Profile อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่คลินิกเบาหวาน ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	ค่า LDL สามารถใช้จากวิธีการคำนวณได้

ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ LDL < 100 mg/dl

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ LDL < 100 mg/dl
2. ความหมายของตัวชี้วัด	LDL หมายถึง Low-Density Lipoprotein
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนครั้งของการตรวจ LDL ที่มีระดับ LDL < 100 mg/dl ในรอบ 1 ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	การตรวจระดับไขมันในเลือด (LDL) ถ้าสูงกว่าเป้าหมายให้ควบคุมอาหารและ Lifestyle ของผู้ป่วยก่อนประมาณ 3 เดือน ถ้ายังสูงอยู่จึงให้การรักษา โดยการให้ยาอีกประมาณ 3 เดือน แล้วตรวจหาระดับไขมันในเลือด (LDL) ซ้ำ

ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/80 mmHg

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราของระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/80 mmHg
2. ความหมายของตัวชี้วัด	ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/80 mmHg หมายถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตสูง Systolic blood pressure < 140/mmHg และ Diastolic blood pressure < 80/mmHg
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/80 mmHg ในรอบ 1 เดือน X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 เดือน
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic Nephropathy) ต้องมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าหรือเท่ากับ 120/80 mmHg ในรอบ 1 เดือน X 100 การวัดความดันโลหิตควรวัดในท่านั่ง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าลดความดันโลหิตต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อเข้าตามปกติ ถ้าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/80 mmHg ต้องให้การรักษาทั้งโดยการให้ยาลดความดันโลหิตหรือ Lifestyle change ก่อนประมาณ 3 เดือน โดยไม่ใช่ 1st Visit

ตัวชี้วัดที่ 8 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Microalbuminuria ประจำปี

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Microalbuminuria ประจำปี
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตรวจ Microalbuminuria ประจำปี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Microalbuminuria เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ไม่ว่าจะตรวจโดยวิธีใดก็ได้
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงด้าน Microvascular
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไตและได้รับการตรวจ Microalbuminuria อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 เดือน
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต หมายถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตรวจพบ Microalbumin หรือระดับ Creatinine ≤ 1.4 ในผู้หญิง และระดับ Creatinine ≤ 1.5 ในผู้ชาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตรวจพบ Microalbuminuria แต่ตรวจ Macroalbuminuria แล้ว Positive และได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB ไม่ต้องเก็บข้อมูลนี้

ตัวชี้วัดที่ 9 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria ที่ได้รับยา ACE inhibitor หรือ

ARB

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria ที่ได้รับยาในกลุ่ม ACE inhibitor หรือ ARB
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB หมายถึง การใช้ยา ACE (Angiotensin Receptor Blocker) inhibitor ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ตรวจพบว่ามี Microalbuminuria
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงด้าน Microvascular
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria และได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB ในรอบ 1 ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี Microalbuminuria ทั้งหมดในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> รวมถึงการได้รับยาในกลุ่ม Nonhydropyridine ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายที่ไม่ได้ตรวจ Microalbuminuria แต่ตรวจ Macroalbuminuria แล้ว Positive และได้รับการรักษาด้วยยา ACE inhibitor หรือ ARB ไม่ต้องนับ เป็น Optional indicator ให้ใส่ N/A ได้

ตัวชี้วัดที่ 10 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตรวจจอประสาทตาประจำปี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาโดยละเอียด โดยจักษุแพทย์หรือใช้ Fundus camera อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงด้าน Microvascular
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา อย่างน้อย 1 ครั้ง ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	ถ้าผู้ป่วยได้รับการตรวจจอประสาทตาโดยจักษุแพทย์ภายนอกและมีเอกสารผลการตรวจให้แนบด้วย

ตัวชี้วัดที่ 11 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตรวจสุขภาพช่องประจำปี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับ การตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์หรือบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพปาก
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อย 1 ครั้ง ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	ถ้าผู้ป่วยได้รับการตรวจสุขภาพโดยบุคคลากรภายนอกและมีเอกสารการตรวจให้แนบด้วย

ตัวชี้วัดที่ 12 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดประจำปี

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดประจำปี
2. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว ทั้งโดยการสังเกตสภาพผิวหนังภายนอก (Visual inspection), การตรวจปลายประสาทเท้า (Sensory exam) และคลำชีพจรที่เท้า (Pulse Exam)
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงด้าน Macrovascular และ Neuropathy
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด อย่างน้อย 1 ครั้ง ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 13 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
2. ความหมายของตัวชี้วัด	แผลที่เท้าหมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าถลอก ฉีกขาด (Epithelial abrasion), แผลแห้งดำ (Dry gangrene) รวมทั้งที่มีลักษณะอักเสบ บวมแดง ซึ่งต้องทำการรักษาโดยการเจาะหรือผ่าตัด
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงด้าน Macrovascular และ Neuropathy
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอย่างละเอียด อย่างน้อย 1 ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 14 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขา

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขา
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขา หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานถูกตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขา จนเกิดการติดเชื้อต้องรักษาด้วยการ Amputation หรือกรณีที่ เกิด Auto amputation จาก Dry gangrene
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	มีระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เท้า
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขา ในรอบ 1 ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	การเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า, เท้า หรือขาให้เก็บเฉพาะรายที่ถูกตัดครั้งแรก หรือถูกตัดเพิ่มกว่าเดิมในรอบปี

ตัวชี้วัดที่ 15 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเองหรือสอนผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเองหรือสอนผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การสอนให้ตรวจหรือดูแลเท้าด้วยตนเอง หรือสอนผู้ดูแลหมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ดูแลได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง หรือโดยผู้ดูแลโดยการสังเกตสภาพผิวหนัง, รอยขีดและรูปร่างเท้ารวมถึงการสอนการดูแลเท้า
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง หรือสอนผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 1 ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> • การสอนให้ตรวจเท้า ต้องเป็นการสอนที่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นระบบ • ผู้ป่วยต้องได้รับการสอนอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี ดังนั้นเมื่อนับแล้ว ไม่ต้องนับซ้ำ (ตัวตั้ง)

ตัวชี้วัดที่ 16 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การได้รับคำปรึกษาแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่สูบบุหรี่ได้รับคำปรึกษาแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง หรือใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่ X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูบบุหรี่และมารักษาที่คลินิกโรคเบาหวานในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	เดือนละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> • การให้คำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่ต้องเป็นการสอนอย่าง มีระบบ หรือเป็นโปรแกรม • สำหรับหน่วยงานที่ยังไม่เริ่มดำเนินการให้ลงว่า N/A

ตัวชี้วัดที่ 17 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็น Diabetic Retinopathy

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็น Diabetic Retinopathy
2. ความหมายของตัวชี้วัด	Diabetic Retinopathy หมายถึง ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน มีรอยโรคแบ่งได้เป็น <ul style="list-style-type: none"> • Non-proliferative Diabetic Retinopathy (NPDR) ซึ่งแบ่งเป็น Mild NPDR, Moderate NPDR, Severe NPDR) หรือ Proliferative Diabetic Retinopathy (PPDR) • Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR)
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ติดตามผลของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็น Diabetic retinopathy ในรอบ 1 ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 ปี
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 18 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็น Diabetic Nephropathy

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็น Diabetic Nephropathy
2. ความหมายของตัวชี้วัด	<p>Diabetic Nephropathy หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมา ในปัสสาวะ (Albuminuria) ซึ่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ในระยะแรกมีปริมาณเล็กน้อย (Microalbuminuria) และ • ระยะต่อมาปริมาณมากขึ้น (Macroalbuminuria หรือ Over proteinuria) โดยไม่เกิดจากสาเหตุอื่น <p>Microalbuminuria หมายถึง ตรวจพบได้ด้วยแถบสีสำหรับอัลบูมิน ปริมาณน้อยๆ (Microalbuminuria dipstick) หรือ วัดปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะได้ 30-300 mg Albumin/24 hrs หรือ ACR (Albumin/Cretinine Ratio) 3.4 to 34.0 mg/mmol (30-300 mg/g) อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุอื่น</p> <p>Microalbuminuria หมายถึง ตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินในปัสสาวะด้วยแถบสีตรวจปัสสาวะ (Dipstick) ได้ตั้งแต่ Trace ขึ้นไป หรือวัดปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะได้ > 300 mg Albumin/24 hrs หรือ ACR > 34 mg/mmol (300 mg/g) อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุอื่น</p>
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ติดตามผลของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. สูตรในการคำนวณ	<p>ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็น Diabetic Nephropathy ในรอบ 1 ปี X 100</p> <p>ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ในรอบ 1 ปี</p>
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง Impaired Fasting Glucose (IFG)

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราของผู้ป่วยรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง Impaired Fasting Glucose (IFG)
2. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ≥ 126 mg/dl สองครั้ง) กลุ่มเสี่ยง Impaired Fasting Glucose (IFG) หมายถึง ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง $\geq 100-125$ mg/dl
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ระบบการดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง IFG มีประสิทธิภาพ
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง IFG ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในรอบ 1 ปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง IFG ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่คลินิกโรคเบาหวาน
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

2.2 Measurement template ของตัวชี้วัดโรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดความดันโลหิตสูงและ Measurement template ยกร่างโดย นพ.สมเกียรติ โภธิศาสตร์ จากการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2553 ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย

1. พญ.วิไล พัววิไล ผู้แทนสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
2. นพ.สมเกียรติ โภธิศาสตร์ ผู้แทนกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. รศ.พีระ บูรณะกิจเจริญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
4. นพ.เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์ ผู้แทนสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
5. พ.ต.อ.นพ.เกษม รัตนสุมาวงศ์ ผู้แทนสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ < 140/90 มม.ปรอท

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ < 140/90 มม.ปรอท
2. ความหมายของตัวชี้วัด	ระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ < 140/90 มม.ปรอท หมายถึง ระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่วัดครั้งสุดท้าย อยู่ในเกณฑ์ SBP < 140 มม.ปรอท และ DBP < 90 มม.ปรอท ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ในภาพรวม
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ < 140/90 มม.ปรอท X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรักษาในรอบระยะเวลาที่คำนวณ
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	เดือนละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุน้อย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต ระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ควรควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ < 130/80 มม.ปรอท

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจติดตาม (Follow Up) อย่างน้อยสองครั้งในรอบปีที่ผ่านมา

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจติดตาม (Follow Up) อย่างน้อยสองครั้งในรอบปีที่ผ่านมา
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตรวจติดตาม (Follow Up) หมายถึง ผู้ป่วยได้ตรวจติดตาม และตรวจวัดระดับความดันโลหิต โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนในการวัดเป็นอย่างดี ด้วยวิธีการมาตรฐานที่มีอยู่ในแนวทางเวชปฏิบัติ
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลตนเองต่อเนื่อง เหมาะสม
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจติดตาม Follow Up) อย่างน้อยสองครั้งในรอบปีที่ผ่านมา X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาในรอบระยะเวลาที่คำนวณ
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนสมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ประจำปี

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประจำปี
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประจำปี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และประเมินเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยง
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาในรอบระยะเวลาที่คำนวณ
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	<p>ข้อแนะนำในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ตรวจทุกรายการเมื่อแรกพบผู้ป่วย และตรวจซ้ำปีละครั้ง (ยกเว้นรายการที่ 4, 7, 9 เลือกทำ*) หรืออาจส่งตรวจบ่อยขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์ หากพบความผิดปกติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasting Plasma Glucose 2. Serum total cholesterol, HDL-C, LDL-C, Triglyceride 3. Serum creatinine 4. Serum uric aAcid * 5. Serum potassium** 6. Estimated creatinine clearance (Cockcroft-Gault Formula) หรือ Estimated Glomerular Filtration Rate (MDRD Formula) 7. Hemoglobin และ Hematocrit * 8. Urinalysis (Dipstick test และ Urine sediment) 9. Electrocardiogram * <p>* ในรายการที่ 4, 7 และ 9 เป็นข้อพิจารณาเลือกทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ (Optional if indicate) หรือตามดุลยพินิจของแพทย์</p> <p>** ควรตรวจ Serum Sodium เพิ่มเติม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่จะได้รับการรักษาด้วยยา Dichlorothiazide</p>

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือด

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือด
2. ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - Left Ventricular Hypertrophy (LVH) หรือ - Myocardial infarction หรือ - Angina pectoris หรือ - Coronary revascularization หรือ - (Congestive) Heart Failure ที่รับไว้รักษาใน รพ.
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ด้านหัวใจและหลอดเลือด
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือด X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาในรอบระยะเวลาที่คำนวณ
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง
2. ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ - Ischemic Stroke หรือ - Cerebral Hemorrhage หรือ - Transient Ischemic Attack (TIA)
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดสมอง
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาในรอบระยะเวลาที่คำนวณ
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี

ตัวชี้วัดที่ 6 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะผิดปกติทางไต

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะผิดปกติทางไต
2. ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะผิดปกติทางไต หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไต ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - Estimated Glomerular Filtration rate* (eGFR) < 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หรือ - Microalbuminuria positive หรือมีค่า 30-300 มก./วัน หรือ - ไตเสื่อมสมรรถภาพ: Plasma creatinine >1.5 มก./ดล.ในผู้ชาย, >1.4 มก./ดล. ในผู้หญิง หรือ - Albuminuria >300 มก./วัน หรือ Proteinuria >500 มก./วัน
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนทางไต
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะผิดปกติทางไตร่วม X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาในรอบระยะเวลา ที่คำนวณ
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) ตาม Cockcroft-Gault Formula Cockcroft-Gault GFR = (140-age) * (Wt in kg) * (0.85 if female) / (72 * Cr)

ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่

ประเด็น	รายละเอียด
1. ชื่อของตัวชี้วัด	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่
2. ความหมายของตัวชี้วัด	การได้รับคำปรึกษาแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ได้รับคำปรึกษาแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง หรือใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่
3. วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ลดความเสี่ยงด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่ X 100 ตัวหาร: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาในรอบระยะเวลาที่คำนวณ
5. เป้าหมาย	
6. ความถี่ในการเก็บข้อมูล	เดือนละ 1 ครั้ง
7. แหล่งข้อมูล	เก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน สมุดทะเบียน หรือฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์
8. รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	1 ปี
9. หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ
10. หมายเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> • การให้คำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่ต้องเป็นการสอนอย่างมีระบบ หรือเป็นโปรแกรม • สำหรับหน่วยงานที่ยังไม่เริ่มดำเนินการให้ลงว่า N/A

โครงการการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2558

รหัส รพ.

รหัสประจำตัว (PID)

วันที่ทำการตรวจรักษา /2558

HN

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 25 ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
2. ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลา มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป 1.ใช่ 2.ไม่ใช่
 โปรดระบุวันที่ มารับการรักษาครั้งแรก /25 (เช่น 31/12/2510)
3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยหรือไม่
 1.ใช่ โปรด ระบุปีที่วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 25 ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
 2.ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยรายนี้ 1. รักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประจำ ณ สถานพยาบาลแห่งนี้เพียงแห่งเดียว
 2. รักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาล และ PCU
5. ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งนี้ ที่ OPD ประเภทใด (ทั้งใน/นอกเวลาราชการ)
 1. OPD เฉพาะโรคเบาหวาน
 2. OPD เฉพาะโรคความดันโลหิตสูง
 3. OPD เฉพาะโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 4. OPD อายุรกรรมทั่วไป (General Medicine)
 5. OPD ตรวจโรคทั่วไป (General Practitioner หรือ GP) หรือ OPD ประกันสังคม
 หรือ OPD เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)
 6. OPD อื่นๆ โปรดระบุ
6. ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งนี้ ตรงตามนัดหมายหรือไม่
 1. ตรงนัดหมาย 2. ไม่ตรงนัดหมาย
 ผู้ลงบันทึก..... - วันที่ลงบันทึก /255
 ผู้ตรวจสอบ - วันที่ตรวจสอบ /255

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

3. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
4. อายุ ปี (คำนวณใช้ พ.ศ. ปัจจุบัน - พ.ศ. เกิด)
5. อาชีพ (ปัจจุบัน)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ, แม่บ้าน, อยู่บ้านเฉยๆ | <input type="checkbox"/> 2. พระภิกษุ นักบวช แม่ชี |
| <input type="checkbox"/> 3. นักเรียน, นักศึกษา | <input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการ |
| <input type="checkbox"/> 5. ลูกจ้างของรัฐ | <input type="checkbox"/> 6. พนักงาน ภาครัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> 7. พนักงาน ภาคเอกชน | <input type="checkbox"/> 8. เจ้าของธุรกิจค้าขายและการให้บริการ |
| <input type="checkbox"/> 9. เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ ปศุสัตว์ รับจ้างทางการเกษตร) | <input type="checkbox"/> 10. ประมง (ทะเลเลี้ยงจับสัตว์น้ำ, รับจ้างดำนประมง) |
| <input type="checkbox"/> 11. รับจ้างรายวันอื่นๆ (ขับรถรับจ้าง, ก่อสร้าง, งานในภาคอุตสาหกรรม) | <input type="checkbox"/> 12. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน |
| <input type="checkbox"/> 13. อื่นๆ ระบุ | |
6. การนับถือศาสนา
- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. พุทธ | <input type="checkbox"/> 2. อิสลาม | <input type="checkbox"/> 3. คริสต์ |
| <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> 5. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน | |
7. สิทธิการรักษา
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. |
| <input type="checkbox"/> 2. เบิกตรง สวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ |
| <input type="checkbox"/> 3. ประกันสังคม |
| <input type="checkbox"/> 4. สวัสดิการของบริษัท องค์กร รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> 5. จ่ายเงินเอง |
| <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ |
8. น้ำหนักล่าสุด ภายใน 12 เดือน . กิโลกรัม ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
9. ส่วนสูง . เซนติเมตร ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
10. รอบเอวล่าสุด ภายใน 12 เดือน . เซนติเมตร ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
- ตำแหน่งที่ใช้วัด 1. รอบสะดือ (L4-L5) 2. กึ่งกลางระหว่างซี่โครงซี่สุดท้ายกับส่วนบนสุดของกระดูกสะโพก (L2-L3)
3. ส่วนบนสุดของกระดูกสะโพก (L1) 4. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน

ส่วนที่ 2 ประวัติ การสูบบุหรี่

11. ผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือไม่
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. สูบ | <input type="checkbox"/> 2. เลิกสูบแล้ว |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยสูบเลย | <input type="checkbox"/> 4. ไม่มีข้อมูล |

12. ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างเป็นระบบ หรือเข้าโปรแกรมให้เลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

1. ไม่เคยได้รับคำแนะนำ หรือเข้าโปรแกรม

2. ได้รับคำแนะนำ หรือเข้าโปรแกรม เมื่อ (วัน/เดือน/ปี) / /2555

ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา

1. พยาบาล / แพทย์

2. นักจิตวิทยา / นักสังคมสงเคราะห์

3. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม

4. ไม่ทราบ

3. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน

ส่วนที่ 3 ประวัติการใช้ยา ณ ปัจจุบัน

13. ยารักษาโรคเบาหวาน 1. ไม่ได้รับ 2. ได้รับ โพรดระบุนยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. Biguanides

2. Sulfonylurea

3. Non - Sulfonylurea

4. Thiazolidinedione

5. Alpha - glucosidase Inhibitor (α -GI)

6. DPP - 4 Inhibitor

7. GLP - 1 Analog

8. Insulin

9. อื่นๆ โพรดระบุนยา

14. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 1. ไม่ได้รับ 2. ได้รับ โพรดระบุนยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. Diuretics (กลุ่มยาขับปัสสาวะ)

2. Antiadrenergic drug (Beta-blocker หรือ Alpha-blocker)

3. Calcium channel blockers

4. Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI)

5. Angiotensin receptor blockers (ARB)

6. Vasodilators (กลุ่มยายขยายเส้นเลือดแดง)

7. Central agonists

8. Peripheral adrenergic inhibitors

9. อื่นๆ โพรดระบุนยา

15. ยาลดไขมันในเลือด 1. ไม่ได้รับ 2. ได้รับ โพรดระบุนยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. Statin

2. Fibrates

3. Niacin

4. อื่นๆ ระบุ

16. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด 1. ไม่ได้รับ 2. ได้รับ โพรดระบุนยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. Aspirin

2. Clopidogrel (Pidogen[®], Apolets[®], Ceruvin[®])

3. Warfarin

4. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 4 ระดับความดันโลหิต จากการมาตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน 3 ครั้ง ล่าสุด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วันที่ตรวจ	วัดเมื่อ (วัน/เดือน/ปี)	ระดับความดันโลหิต (mmHg)	วิธีการวัด
17.1 วันที่ตรวจครั้ง ล่าสุด	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Digital <input type="checkbox"/> 2. Manual
17.2 ครั้งก่อนหน้า	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Digital <input type="checkbox"/> 2. Manual
17.3 2ครั้งก่อนหน้า	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Digital <input type="checkbox"/> 2. Manual

ส่วนที่ 5 ผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ไม่ตรวจ	ตรวจ	ผลตรวจ	Unit	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ
18. FPG ครั้งล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
19. FPG ก่อนหน้าครั้งล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
20. HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
21. Serum Creatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
22. Serum Uric Acid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
23. Total Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
24. Triglyceride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
25. HDL Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
26. LDL Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
ค่า LDL Cholesterol ที่ตรวจ เป็นแบบใด <input type="checkbox"/> ไม่สามารถคำนวณได้					
<input type="checkbox"/> 1. Measured-LDL หรือ Direct-LDL <input type="checkbox"/> 2. Calculated-LDL <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ					
27. Estimated GFR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mL/minute/1.73 m ²		<input type="text"/> / <input type="text"/> /255 <input type="text"/>
การคำนวณค่า GFR ใช้สูตรใด (ตอบได้เพียงสูตรเดียวเท่านั้น)					
<input type="checkbox"/> 1. Cockcroft-Gault formula <input type="checkbox"/> 2. MDRD formula <input type="checkbox"/> 3. CKD-EPI 2009 formula <input type="checkbox"/> 4. ไม่ทราบ					

28. การตรวจหา Albumin หรือ Proteinuria ในปัสสาวะ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. ไม่ตรวจ

2. ตรวจ กรณาระบุนวิธีการตรวจ และผลการตรวจ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

2.1 Urine Dipstick

ตรวจ เมื่อวันที่ □□□□/□□□□/255□

ผลการตรวจ

2.1.1 ผลเป็นลบ / Trace

2.1.2 ผลเป็นบวก (Macroproteinuria)

2.2 Microalbuminuria Dipstick

ตรวจ เมื่อวันที่ □□□□/□□□□/255□

ผลการตรวจ

2.2.1 ผลเป็นลบ

2.2.2 ผลเป็นบวก (≥ 20 mg/L) / Trace

2.3 Alb/Cr Ratio กรณาระบุนค่า 3 ครั้งล่าสุด

2.3.1 ครั้งล่าสุด ผล <30 30-300 >300 mg/g วันที่ □□□□/□□□□/255□

2.3.2 ก่อนครั้งล่าสุด ผล <30 30-300 >300 mg/g วันที่ □□□□/□□□□/255□

2.2.3 2 ครั้งก่อนครั้งล่าสุด ผล <30 30-300 >300 mg/g วันที่ □□□□/□□□□/255□

2.4 Spot Urine Albumin sample

ตรวจเมื่อวันที่ □□□□/□□□□/255□

ผลตรวจ (ใส่เครื่องหมาย <, >, =) □□□□□□ . □□□□

หน่วยวัด 1. mg/L 2. mg% 3. g/L 4. g/dL 5. mg/dL 6. อื่นๆ ระบุ _____

2.5 Short-time urine collection

ตรวจเมื่อวันที่ □□□□/□□□□/255□

ผลการตรวจ Urine volume □□□□□□ ml

Albumin/min □□□□□□ . □□□□ ug/min

2.6 24hrs urine collection

ตรวจเมื่อวันที่ □□□□/□□□□/255□

ผลการตรวจ Urine volume □□□□□□ ml

Albumin/24hrs □□□□□□ . □□□□ mg/24hrs

ส่วนที่ 6 การตรวจตาและช่องปาก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

29. ผู้ป่วยได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างละเอียดหรือไม่

1. ไม่ได้รับการตรวจจอประสาทตา
2. ได้รับความตรวจแล้ว เมื่อ (วัน/เดือน/ปี) □ □ / □ □ / 255 □

ตรวจโดย 1. จักษุแพทย์ 2. Fundus camera (พยาบาล/ จนท.ที่ได้รับการฝึก)

30. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์หรือบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมโดยเฉพาะหรือไม่

1. ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
2. ได้รับความตรวจแล้ว เมื่อ (วัน/เดือน/ปี) □ □ / □ □ / 255 □

ส่วนที่ 10 การตรวจสุขภาพเท้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการตรวจเท้าตามการตรวจดังต่อไปนี้หรือไม่ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

31. การสังเกตผิวหนังภายนอก	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการตรวจ	<input type="checkbox"/> 2. ได้ตรวจเมื่อ □ □ / □ □ / 255 □
32. การสังเกตรูปเท้า	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการตรวจ	<input type="checkbox"/> 2. ได้ตรวจเมื่อ □ □ / □ □ / 255 □
33. การตรวจปลายประสาทที่เท้า	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการตรวจ	<input type="checkbox"/> 2. ได้ตรวจเมื่อ □ □ / □ □ / 255 □
34. การคลำชีพจรเท้า (หรือ ABI)	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการตรวจ	<input type="checkbox"/> 2. ได้ตรวจเมื่อ □ □ / □ □ / 255 □

35. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยหรือญาติได้รับการสอนที่มีรูปแบบการตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเองอย่างเป็นระบบหรือไม่

1. ไม่ได้รับการสอน 2. ได้รับความสอน เมื่อ □ □ / □ □ / 255 □

36. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยพบแผลที่เท้า เช่น อักเสบ บวมแดง กดเจ็บ น้ำกัดเท้า และdry gangrene หรือไม่

1. ไม่พบแผล 2. พบแผล วันที่วินิจฉัย □ □ / □ □ / 255 □

37. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการตัดนิ้วเท้า เท้า ขา ที่เป็นแผลบ้ำงหรือไม่

1. ไม่ตัด 2. ตัด

ตำแหน่งที่ ถูกตัด คือ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. นิ้วเท้า วันที่ตัด □ □ / □ □ / 255 □
2. เท้า วันที่ตัด □ □ / □ □ / 255 □
3. ถูกตัดขาใต้หัวเข่า (BKA) วันที่ตัด □ □ / □ □ / 255 □
4. ถูกตัดขาเหนือหัวเข่า (AKA) วันที่ตัด □ □ / □ □ / 255 □

โครงการการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2558

รหัส รพ.

รหัสประจำตัว (PID)

วันที่ทำการตรวจรักษา / / 2558

HN

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 25 ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
- ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา โรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป 1.ใช่ 2.ไม่ใช่
 โปรดระบุวันที่ มารับการรักษาครั้งแรก / / 25 (เช่น 31/12/2510)
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมด้วยหรือไม่
 1.ใช่ โปรด ระบุปีที่วินิจฉัยโรคความเบาหวานชนิดที่ 2 ปี พ.ศ. 25 ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
 2.ไม่ใช่
- ผู้ป่วยรายนี้ 1. รักษาโรคความดันโลหิตสูง ประจำ ณ สถานพยาบาลแห่งนี้เพียงแห่งเดียว
 2. รักษาโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาล และ PCU
- ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งนี้ ที่ OPD ประเภทใด (ทั้งใน/นอกเวลาราชการ)
 1. OPD เฉพาะโรคเบาหวาน
 2. OPD เฉพาะโรคความดันโลหิตสูง
 3. OPD เฉพาะโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 4. OPD อายุรกรรมทั่วไป (General Medicine)
 5. OPD ตรวจโรคทั่วไป (General Practitioner หรือ GP) หรือ OPD ประกันสังคม
หรือ OPD เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)
 6. OPD อื่นๆ โปรดระบุ
- ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งนี้ ตรงตามนัดหมายหรือไม่
 1. ตรงนัดหมาย 2. ไม่ตรงนัดหมาย

ผู้ลงบันทึก..... - วันที่ลงบันทึก / / 255

ผู้ตรวจสอบ - วันที่ตรวจสอบ / / 255

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

3. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
4. อายุ ปี (คำนวณใช้ พ.ศ. ปัจจุบัน - พ.ศ. เกิด)
5. อาชีพ (ปัจจุบัน)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ, แม่บ้าน, อยู่บ้านเฉยๆ | <input type="checkbox"/> 2. พระภิกษุ นักบวช แม่ชี |
| <input type="checkbox"/> 3. นักเรียน, นักศึกษา | <input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการ |
| <input type="checkbox"/> 5. ลูกจ้างของรัฐ | <input type="checkbox"/> 6. พนักงาน ภาครัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> 7. พนักงาน ภาคเอกชน | <input type="checkbox"/> 8. เจ้าของธุรกิจค้าขายและการให้บริการ |
| <input type="checkbox"/> 9. เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ ปศุสัตว์ รับจ้างทางการเกษตร) | <input type="checkbox"/> 10. ประมง (เพาะเลี้ยง,จับสัตว์น้ำ,รับจ้างด้านประมง) |
| <input type="checkbox"/> 11. รับจ้างรายวันอื่นๆ (ขับรถรับจ้าง,ก่อสร้าง,งานในภาคอุตสาหกรรม) | <input type="checkbox"/> 12. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน |
| <input type="checkbox"/> 13. อื่นๆ ระบุ | |
6. การนับถือศาสนา
- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. พุทธ | <input type="checkbox"/> 2. อิสลาม | <input type="checkbox"/> 3. คริสต์ |
| <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> 5. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน | |
7. สิทธิการรักษา
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. |
| <input type="checkbox"/> 2. เบิกตรง สวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ |
| <input type="checkbox"/> 3. ประกันสังคม |
| <input type="checkbox"/> 4. สวัสดิการของบริษัท องค์กร รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> 5. จ่ายเงินเอง |
| <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ |
8. น้ำหนักล่าสุด ภายใน 12 เดือน . กิโลกรัม ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
9. ส่วนสูง . เซนติเมตร ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
10. รอบเอวล่าสุด ภายใน 12 เดือน . เซนติเมตร ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
- ตำแหน่งที่ใช้วัด 1. รอบสะดือ (L4-L5) 2. กึ่งกลางระหว่างซี่โครงซี่สุดท้ายกับส่วนบนสุดของกระดูกสะโพก (L2-L3)
3. ส่วนบนสุดของกระดูกสะโพก (L1) 4. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน

ส่วนที่ 2 ประวัติ การสูบบุหรี่

11. ผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือไม่

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. สูบ | <input type="checkbox"/> 2. เลิกสูบแล้ว |
| <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยสูบเลย | <input type="checkbox"/> 4. ไม่มีข้อมูล |

12. ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างเป็นระบบ หรือเข้าโปรแกรมให้เลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

1. ไม่เคยได้รับคำแนะนำ หรือเข้าโปรแกรม
2. ได้รับคำแนะนำ หรือเข้าโปรแกรม เมื่อ (วัน/เดือน/ปี) / /255
- ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา 1. พยาบาล / แพทย์ 2. นักจิตวิทยา / นักสังคมสงเคราะห์
3. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม 4. ไม่ทราบ
3. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน

ส่วนที่ 3 ประวัติการใช้ยา ณ ปัจจุบัน

 13. ยารักษาโรคเบาหวาน 1. ไม่ได้รับ 2. ได้รับ โปรแกรมยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Biguanides | <input type="checkbox"/> 2. Sulfonylurea | <input type="checkbox"/> 3. Non - Sulfonylurea |
| <input type="checkbox"/> 4. Thiazolidinedione | <input type="checkbox"/> 5. Alpha - glucosidase Inhibitor (α -GI) | |
| <input type="checkbox"/> 6. DPP - 4 Inhibitor | <input type="checkbox"/> 7. GLP - 1 Analog | <input type="checkbox"/> 8. Insulin |
| <input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ โปรแกรมยา | | |

 14. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 1. ไม่ได้รับ 2. ได้รับ โปรแกรมยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Diuretics (กลุ่มยาขับปัสสาวะ) | <input type="checkbox"/> 2. Antiadrenergic drug (Beta-blocker หรือ Alpha-blocker) |
| <input type="checkbox"/> 3. Calcium channel blockers | <input type="checkbox"/> 4. Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) |
| <input type="checkbox"/> 5. Angiotensin receptor blockers (ARB) | <input type="checkbox"/> 6. Vasodilators (กลุ่มยายขยายเส้นเลือดแดง) |
| <input type="checkbox"/> 7. Central agonists | <input type="checkbox"/> 8. Peripheral adrenergic inhibitors |
| <input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ โปรแกรมยา | |

 15. ยาลดไขมันในเลือด 1. ไม่ได้รับ 2. ได้รับ โปรแกรมยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Statin | <input type="checkbox"/> 2. Fibrates |
| <input type="checkbox"/> 3. Niacin | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ |

 16. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด 1. ไม่ได้รับ 2. ได้รับ โปรแกรมยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Aspirin | <input type="checkbox"/> 2. Clopidogrel (Pidogen [®] , Apolets [®] , Ceruvin [®]) |
| <input type="checkbox"/> 3. Warfarin | <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ..... |

ส่วนที่ 4 ระดับความดันโลหิต จากการมาตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน 3 ครั้ง ล่าสุด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วันที่ตรวจ	วัดเมื่อ (วัน/เดือน/ปี)	ระดับความดันโลหิต (mmHg)	วิธีการวัด
17.1 วันที่ตรวจครั้ง ล่าสุด	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Digital <input type="checkbox"/> 2. Manual
17.2 ครั้งก่อนหน้า	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Digital <input type="checkbox"/> 2. Manual
17.3 2 ครั้งก่อนหน้า	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Digital <input type="checkbox"/> 2. Manual

ส่วนที่ 5 ผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ไม่ตรวจ	ตรวจ	ผลตรวจ	Unit	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ
18. FPG ครั้งล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
19. FPG ก่อนหน้าครั้งล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
20. HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
21. Serum Creatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
22. Serum Uric Acid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
23. Total Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
24. Triglyceride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
25. HDL Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
26. LDL Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
ค่า LDL Cholesterol ที่ตรวจ เป็นแบบใด <input type="checkbox"/> ไม่สามารถคำนวณได้					
<input type="checkbox"/> 1. Measured-LDL หรือ Direct-LDL <input type="checkbox"/> 2. Calculated-LDL <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ					
27. Estimated GFR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mL/minute/1.73 m ²		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 255 <input type="text"/>
การคำนวณค่า GFR ใช้สูตรใด (ตอบได้เพียงสูตรเดียวเท่านั้น)					
<input type="checkbox"/> 1. Cockcroft-Gault formula <input type="checkbox"/> 2. MDRD formula <input type="checkbox"/> 3. CKD-EPI 2009 formula <input type="checkbox"/> 4. ไม่ทราบ					

28. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG)

 1. ไม่ตรวจ

 2. ตรวจ เมื่อวันที่ / / 255

โปรดระบุผลการตรวจ

 1. ผลเป็นปกติ

 2. ผลมีความผิดปกติ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

 2.1 LVH (ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนา)

 2.2 LAE (หัวใจห้องบนซ้ายโต)

 2.3 AF (หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว)

 2.4 อื่นๆ ระบุ

29. Urine Analysis (UA)

 1. ไม่ตรวจ

 2. ตรวจ เมื่อวันที่ / / 255

โปรดระบุผลการตรวจ

 1. ผลเป็นปกติ

 2. ผลการตรวจผิดปกติ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

 2.1. RBC > 5 HPF

 2.2 WBC > 5 HPF

 2.3. Cast โปรดระบุชนิด

 2.3.1 Granular cast

 2.3.2 Hyaline cast

 2.3.3 อื่นๆ

 2.4. Proteinuria ตรวจพบ →

 Trace

 1+

 2+

 3+

 4+

30. การตรวจหา Albumin หรือ Proteinuria ในปัสสาวะ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. ไม่ตรวจ

2. ตรวจ กรณาระบุวิธีการตรวจ และผลการตรวจ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

2.1 Urine Dipstick

ตรวจ เมื่อวันที่ //255

ผลการตรวจ

2.1.1 ผลเป็นลบ / Trace

2.1.2 ผลเป็นบวก (Macroproteinuria)

2.2 Microalbuminuria Dipstick

ตรวจ เมื่อวันที่ //255

ผลการตรวจ

2.2.1 ผลเป็นลบ

2.2.2 ผลเป็นบวก (≥ 20 mg/L) / Trace

2.3 Alb/Cr Ratio กรณาระบุค่า 3 ครั้งล่าสุด

2.3.1 ครั้งล่าสุด ผล <30 30-300 >300 mg/g วันที่ //255

2.3.2 ก่อนครั้งล่าสุด ผล <30 30-300 >300 mg/g วันที่ //255

2.2.3 2 ครั้งก่อนครั้งล่าสุด ผล <30 30-300 >300 mg/g วันที่ //255

2.4 Spot Urine Albumin sample

ตรวจเมื่อวันที่ //255

ผลตรวจ (ใส่เครื่องหมาย <, >, =) .

หน่วยวัด 1. mg/L 2. mg% 3. g/L 4. g/dL 5. mg/dL 6. อื่นๆ ระบุ _____

2.5 Short-time urine collection

ตรวจเมื่อวันที่ //255

ผลการตรวจ Urine volume ml

Albumin/min . ug/min

2.6 24hrs urine collection

ตรวจเมื่อวันที่ //255

ผลการตรวจ Urine volume ml

Albumin/24hrs . mg/24hrs

แนวทางการประเมินเพื่อการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ
ปีงบประมาณ 2558

1. ประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ
2. ประเมินเพื่อรับรองคลินิก NCD คุณภาพ



สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

นิยามคลินิก NCD คุณภาพ

นิยาม เครือข่ายของคลินิก/คลินิก/ศูนย์ในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

โดยการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในสถานพยาบาล มุ่งเน้นคลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการดำเนินโรคสี่เป้าหมายหลัก ข้างต้น ลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแล ที่จำเป็นระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ

กลุ่มเป้าหมายการพัฒนา คลินิกโรคไม่ติดต่อ ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้น 4 โรคเป้าหมายหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

เป้าประสงค์ของคลินิก NCD คุณภาพ

1. กลุ่มโรค/ป่วยสามารถควบคุมสถานะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย (Controllable)
2. ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด (Vascular Complication and Related)
3. ผู้มารับบริการในสี่โรคเป้าหมายหลักข้างต้นสามารถควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วม/โอกาสเสี่ยง ได้ หรือ ดี ขึ้น (Control Behavioral, Physiological, Biochemical Risk, Social and Environmental Determinants)
4. ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (Unexpected Admission Rate)
5. ลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรังในผู้ป่วยที่มารับบริการ ในช่วงอายุ 30 - 70 ปี (Premature Death Rate)

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการในสถานพยาบาล ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง (ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT) กลุ่มป่วยที่เป็นโรคและกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มเป้าหมายผู้ประเมินคลินิก NCD คุณภาพ

1. ประเมินเพื่อพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ: ทีม / ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
2. ประเมินเพื่อรับรองคลินิก NCD คุณภาพ: ผู้บริหารโรงพยาบาล / NCD case manager / ผู้ปฏิบัติงานคลินิก NCD คุณภาพ / เวชกรรมสังคม, เวชกรรมชุมชน, เวชกรรมครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ

1. กลุ่มเสี่ยงสูง ในที่นี้หมายถึง pre-DM , pre-HT
2. กลุ่มป่วยที่เป็นโรค
3. กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

องค์ประกอบหลักของคลินิก NCD คุณภาพ

1. มีทิศทางและนโยบาย
2. มีระบบสารสนเทศ
3. มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ
4. มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง
5. มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลและจัดการโรค)
6. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

แนวทางการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

1. การปรับวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์และกลยุทธ์ดำเนินการให้เกิดการบูรณาการการบริการ เพื่อให้เอื้อต่อการป้องกันและจัดการโรคได้ดีขึ้น
2. พัฒนาคลินิก NCD ให้มีคุณภาพโดยประยุกต์การจัดการโรคเรื้อรัง (Integrated chronic care model) และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered)
3. เพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive care) โดยบูรณาการการป้องกันในการจัดการโรคเรื้อรัง การประสานการดำเนินการร่วมกันในการดูแล (coordination of care) และความต่อเนื่องของการดูแลตลอดช่วงอายุ (Continuity of care)
4. เพิ่มคุณภาพในกระบวนการจัดการ (Management quality) และคุณภาพการดูแลรักษา (Clinical quality)

5. เชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแลในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
6. มีการสนับสนุนการใช้ข่าวสาร และทรัพยากรร่วมกัน

การวัดเพื่อประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ

1. ต้องผ่านข้อ ค ทุกข้อ
2. คะแนนที่ผ่านคือ 24 ข้อ x 3 คะแนน = 72 คะแนน
3. สถานบริการที่ได้คะแนน 72-85 = ดี / 86-95 = ดีมาก / 96-120 = ดีเยี่ยม (รางวัล)

แนวคำถามการประเมินเพื่อรับรองคลินิก NCD คุณภาพ

1. ผู้บริหาร

- 1.1 เล่าสถานการณ์ปัญหา NCD ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล
- 1.2 เล่านโยบาย ทิศทาง เป้าประสงค์ ความมุ่งมั่นในการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ของโรงพยาบาล กระบวนการที่ได้มา รวมทั้งการสื่อสารนโยบายในแต่ละระดับ
- 1.3 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ / ทีม / คณะทำงานในการดำเนินงาน คลินิก NCD คุณภาพ ของโรงพยาบาล
- 1.4 แผนคลินิก NCD คุณภาพ ของโรงพยาบาล เป็นอย่างไร รวมถึงการกักตุนติดตามประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ของโรงพยาบาล
- 1.5 ท่านนำคลินิก NCD คุณภาพ ของโรงพยาบาล มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร

2. NCD case manager

- 2.1 เล่านโยบาย ทิศทาง เป้าประสงค์ ความมุ่งมั่นในการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ของโรงพยาบาล กระบวนการที่ได้มา รวมทั้งการสื่อสารนโยบายในแต่ละระดับ
- 2.2 ผู้รับผิดชอบ / คณะทำงาน / ทีม คลินิก NCD คุณภาพ ประกอบด้วยใครบ้าง / มาจากหน่วยงานใด / และทำงานร่วมกันอย่างไร
- 2.3 การวิเคราะห์ปัญหาทำร่วมกับใคร และมีการเชื่อมต่อกับแผนและการทำงานอย่างไร

- 2.4 มีการออกแบบการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างไร รวมทั้งการกำกับติดตามประเมินผล การรายงานความก้าวหน้า/ผลการงานต่อทีมงาน/คณะกรรมการหรือไม่/อย่างไร
- 2.5 การส่งต่อมีการเชื่อมโยงทั้งไป-กลับอย่างไร มีเกณฑ์หรือแนวทางในการส่งต่อทั้งไป-กลับหรือไม่ และใช้กลไกอะไรในการประสานเชื่อมโยง รวมทั้งปัญหาอุปสรรค
- 2.6 ระบบทะเบียนสนับสนุนในการดูแลและจัดการโรคได้มากน้อยเพียงไร
- 2.7 มีการนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินงานทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา มากน้อยเพียงไร
- 2.8 บุคลากรที่รับผิดชอบมีจำนวนเพียงพอหรือไม่ สามารถทำงานเชื่อมโยงได้มากน้อยเพียงไร และช่วยเหลือผู้รับบริการได้มากน้อยเพียงไร
- 2.9 บุคลากรได้รับการเพิ่มศักยภาพเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมากน้อยเพียงไร
- 2.10 มีประเด็นการนำ Gap หรือโอกาสในการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ มาใช้มากน้อยเพียงไร
- 2.11 ท่านคิดว่า คลินิก NCD คุณภาพส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย NCD หรือไม่

3. ผู้ปฏิบัติงานคลินิก NCD คุณภาพ

- 3.1 เล่านโยบาย ทิศทาง เป้าประสงค์ ความมุ่งมั่นในการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ของโรงพยาบาล กระบวนการที่ได้มา รวมทั้งการสื่อสารนโยบายในแต่ละระดับ
- 3.2 มีการออกแบบการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างไร รวมทั้งการกำกับติดตามประเมินผล การรายงานความก้าวหน้า/ผลการงานต่อทีมงานอย่างไร
- 3.3 มีการเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างทีมบริการ / มีเกณฑ์และปฏิบัติตามเกณฑ์หรือไม่ รวมทั้งปัญหาในการส่งต่อทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล
- 3.4 ระบบทะเบียนสนับสนุนในการดูแลและจัดการโรคได้มากน้อยเพียงไร
- 3.5 มีการนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินงานทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา มากน้อยเพียงไร
- 3.6 บุคลากรที่รับผิดชอบมีจำนวนเพียงพอหรือไม่ สามารถทำงานเชื่อมโยงได้มากน้อยเพียงไร และช่วยเหลือผู้รับบริการได้มากน้อยเพียงไร

- 3.7 ผลการดำเนินงานของท่านเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่
- 3.8 มีประเด็นการนำ Gap หรือโอกาสในการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ มาใช้มากน้อยเพียงไร
- 3.9 ท่านคิดว่า คลินิก NCD คุณภาพส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย NCD หรือไม่

4. ผู้รับบริการ

- 4.1 ท่านทราบหรือไม่ว่าท่านเป็นโรคอะไร (วินิจฉัย) รวมทั้งสาเหตุการเกิดโรค และท่านดูแลตนเองอย่างไรในการป้องกันไม่ให้เป็นมากขึ้น และท่านคิดอย่างไรต่อการปฏิบัติตัวของท่าน
- 4.2 ปัจจุบันท่านป่วยด้วยโรคอะไรบ้าง (โรคร่วม) /ท่านมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง
- 4.3 คลินิกใดบ้างที่ท่านไปรับการรักษา
- 4.4 ท่านมีเพื่อน / ชมรม / กลุ่ม ที่ช่วยให้ท่านได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยให้ท่านปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง
- 4.5 ท่านได้พูดคุยกับแพทย์ในเรื่องที่ท่านสงสัยหรือไม่ หากไม่ท่านได้สอบถามจากพยาบาลหรือไม่ และส่วนใหญ่ข้อมูลที่ท่านได้เกี่ยวกับโรคที่ท่านป่วยอยู่ ท่านได้มาจากแหล่งใด
- 4.6 มีประเด็นการนำ Gap หรือโอกาสในการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ มาใช้มากน้อยเพียงไร
- 4.7 ท่านได้รับคำแนะนำในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย หรือไม่ และท่านปฏิบัติได้มาก-น้อยเพียงไร
- 4.8 ท่านสูบบุหรี่ / ดื่มเหล้าหรือไม่ ท่านได้รับคำแนะนำและท่านปฏิบัติได้มาก-น้อยเพียงไร
- 4.9 ท่านได้รับคำแนะนำในการจัดการอารมณ์/ภาวะความเครียดหรือไม่ และท่านปฏิบัติได้มาก-น้อยเพียงไร
- 4.10 ท่านได้รับการตรวจคัดกรองในเรื่องใดบ้าง
- 4.11 ท่านมีการวางแผนร่วมกับผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ เพื่อควบคุมและจัดการโรค
- 4.12 ท่านพอใจกับการให้บริการในคลินิกที่ท่านได้รับการดูแลหรือไม่อย่างไร

5. เวชกรรมสังคม / เวชศาสตร์ครอบครัว / เวชศาสตร์ชุมชน

- 5.1 Case ที่ได้รับการส่งต่อไป-กลับ ส่วนใหญ่เป็นโรคใด
- 5.2 กลไกการส่งต่อไป-กลับ เป็นอย่างไร และมีปัญหาอะไรบ้าง
- 5.3 ท่านออกแบบการติดตามผู้ป่วยอย่างไร
- 5.4 โรงพยาบาลของท่านมีกลไกการคืนข้อมูลให้กับชุมชนอย่างไร
- 5.5 โรงพยาบาลของท่าน สนับสนุนการดำเนินงานชุมชนในเรื่องใดบ้าง เช่น อบรม อสม เยี่ยมบ้าน
- 5.6 โรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่ชุมชนให้ความตระหนักและต้องการที่จะแก้ไขปัญหามากน้อยเพียงไร
- 5.7 ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อน้อยเพียงไร

6. รพสต

- 6.1 Case ที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นโรคใด
- 6.2 ท่านมีการดำเนินงานกับกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างไร
- 6.3 ท่านมีกลไกการคืนข้อมูลให้กับชุมชนอย่างไร และชุมชนมีความตระหนักต่อโรคไม่ติดต่อน้อยเพียงไร
- 6.4 โรงพยาบาลของท่าน สนับสนุนการดำเนินงานชุมชนในเรื่องใดบ้าง เช่น อบรม อสม เยี่ยมบ้าน
- 6.5 ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อน้อยเพียงไร

ประเด็นคำถาม

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารโรงพยาบาล

ประเด็นคำถาม	ตอบแนวทาง ประเมินฯ ข้อ
1. เล่าสถานการณ์ปัญหา NCD ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล	
<p>2. เล่านโยบาย ทิศทาง เป้าประสงค์ ความมุ่งมั่นในการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพของ รพ. ว่าเป็นอย่างไร กระบวนการที่ได้มาและมีแนวทางการสื่อสารให้แต่ละระดับอย่างไร</p> <p>คำอธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างทิศทางนโยบาย การบูรณาการงาน การประสานเชื่อมโยงงาน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติ ● การมีส่วนร่วม คือการร่วมจัดทำโดยผู้แทนจากหลายหน่วยงานในรพ. ที่ครอบคลุมมิติ ส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู ● ตัวอย่างเป้าประสงค์ การลดความแออัดหรือผู้ป่วยที่ OPD การลดการนอนรพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการตาย ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองในเรื่องโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีคุณภาพ 	
3. มีการกำหนดคณะทำงานหรือทีมผู้รับผิดชอบในการดำเนินคลินิกNCDคุณภาพ หรือไม่อย่างไร	
4. แผนการดำเนินงานคลินิกNCDคุณภาพนั้นเป็นอย่างไร รวมถึงการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ	
5. คลินิก NCD คุณภาพ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาองค์กรหรือไม่ อย่างไร	



ประเด็นคำถาม

กลุ่มที่ 2 NCD Case Manager

ประเด็นคำถาม	ตอบแนวทาง ประเมินฯ ข้อ
<p>1. เล่านโยบายทิศทาง เป้าประสงค์ การดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพของ รพ. ว่าเป็นอย่างไร กระบวนการที่ได้มา และมีแนวทางการสื่อสารให้แต่ละระดับอย่างไร</p> <p>คำอธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตัวอย่างทิศทางนโยบาย การบูรณาการงาน การประสานเชื่อมโยงงาน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติ ● การมีส่วนร่วม คือการร่วมจัดทำโดยผู้แทนจากหลายหน่วยงานในรพ. ที่ครอบคลุมมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ● ตัวอย่างเป้าประสงค์ การลดความแออัดหรือผู้ป่วยที่ OPD การลดการนอนรพ. ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการตาย ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองในเรื่องโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีคุณภาพ 	
<p>2. ผู้รับผิดชอบ / คณะทำงาน / หรือทีมผู้รับผิดชอบในการดำเนินคลินิก NCD คุณภาพ ประกอบด้วยใคร / หน่วยงานใดบ้างและทำงานร่วมกันอย่างไร</p>	
<p>3. แนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพนั้นเป็นอย่างไร และนำมาเชื่อมโยงในการทำแผนหรือไม่ แผนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพนั้นเป็นอย่างไร</p>	
<p>4. มีการออกแบบงานเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์อย่างไร กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานคลินิกหรือไม่ อย่างไร และได้มีการรายงานผลแก่คณะกรรมการของรพ. หรือไม่ ผลการดำเนินงานตามเป้าประสงค์เป็นอย่างไร</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 การออกแบบงานในผู้รับบริการแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร ครอบคลุมแบบองค์รวมหรือไม่ 4.2 มีการสนับสนุนทักษะการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการเพื่อให้ปรับพฤติกรรมอย่างไร โดยวิธีใดหรือช่องทางใดบ้าง 4.3 แนวทางการคืนข้อมูลให้ผู้รับบริการ และช่องทางในการแลกเปลี่ยน/จัดการความรู้ของผู้รับบริการนั้นเป็นอย่างไร 4.4 มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพียงพอหรือไม่ แนวทางการดูแลโดยสหวิชาชีพมีหรือไม่ อย่างไร 4.5 มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD case manager)หรือไม่ มีบทบาทหน้าที่อย่างไรบ้าง (การบริหารจัดการในภาพรวม การประสานทีมสหวิชาชีพ) 4.6 มีเวที หรือช่องทางในการแลกเปลี่ยน/จัดการความรู้สำหรับทีมให้บริการหรือไม่ อย่างไร 4.7 ประเมินติดตาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นอย่างไร 	

ประเด็นคำถาม	ตอบแนวทาง ประเมินฯ ข้อ
5. การเชื่อมโยงประสานส่งต่อทั้งไป-กลับ ในการรับบริการของผู้มารับบริการเป็นอย่างไร มีเกณฑ์และปฏิบัติตามเกณฑ์หรือไม่ ปัญหาในการเชื่อมโยงประสานมีหรือไม่และแก้ไขปัญหามาโดยผ่านกลไกใดบ้าง	
6. ระบบทะเบียนสนับสนุนในการดูแลและจัดการโรคให้กับผู้รับบริการในโรงพยาบาล ได้มากน้อยเพียงไร	
7. การนำข้อมูลมาใช้และระบบการใช้ข้อมูลร่วมกันในการดำเนินงานในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา เพื่อ ป้องกันควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้มากน้อยเพียงไรและเป็นอย่างไร	
8. บุคลากรที่ดำเนินงานคลินิก NCD เพียงพอหรือไม่ สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการอย่างไร และแผนการพัฒนาทักษะบุคลากรนั้นเป็นอย่างไร (การเพิ่มศักยภาพเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ)	
9. Gap หรือโอกาสพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพมีประเด็นใดบ้าง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์	
10. ท่านคิดว่า คลินิก NCD คุณภาพเป็นประโยชน์ต่อผลลัพธ์การดูแลคนไข้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือไม่อย่างไร	

ประเด็นคำถาม

กลุ่มที่ 3 3.1 ผู้ปฏิบัติงานคลินิก NCD คุณภาพ

ประเด็นคำถาม	ตอบแนวทาง ประเมินฯ ข้อ
<p>1. เล่านโยบายทิศทาง เป้าประสงค์ การดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพของ รพ. ว่าเป็นอย่างไร รวมถึงกระบวนการที่ได้มา</p> <p>คำอธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ตัวอย่างทิศทางนโยบาย การบูรณาการงาน การประสานเชื่อมโยงงาน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกระดับ • การมีส่วนร่วม คือการร่วมจัดทำโดยผู้แทนจากหลายหน่วยงานในรพ. ที่ครอบคลุมมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู • ตัวอย่างเป้าประสงค์ การลดความแออัดหรือผู้ป่วยที่ OPD การลดการนอนรพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการตาย ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองในเรื่องโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีคุณภาพ 	



ประเด็นคำถาม	ตอบแนวทาง ประเมินฯ ข้อ
<p>2. มีการออกแบบงานเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์อย่างไร กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานคลินิกหรือไม่ ผลการดำเนินงานตามเป้าประสงค์เป็นอย่างไร</p> <p>2.1 การออกแบบงานในผู้รับบริการแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร ครอบคลุมแบบองค์รวมหรือไม่</p> <p>2.2 มีการสนับสนุนทักษะการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการเพื่อให้ปรับพฤติกรรมอย่างไร โดยวิถีใดหรือช่องทางใดบ้าง</p> <p>2.3 แนวทางการคืนข้อมูลให้ผู้รับบริการ และช่องทางในการแลกเปลี่ยน/จัดการความรู้ของผู้รับบริการนั้นเป็นอย่างไร</p> <p>2.3 มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพียงพอหรือไม่ แนวทางการดูแลโดยสหวิชาชีพมีหรือไม่อย่างไร</p> <p>2.4 มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD case manager) หรือไม่ มีบทบาทหน้าที่อย่างไรบ้าง (การบริหารจัดการในภาพรวม การประสานทีมสหวิชาชีพ)</p> <p>2.5 มีเวที หรือช่องทางในการแลกเปลี่ยน/จัดการความรู้สำหรับทีมให้บริการหรือไม่ อย่างไร</p> <p>2.6 ประเมินติดตาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อย่างไร</p>	
3. การเชื่อมโยงประสานส่งต่อในการรับบริการของผู้มารับบริการเป็นอย่างไร มีเกณฑ์และปฏิบัติตามเกณฑ์หรือไม่ ปัญหาในการเชื่อมโยงประสานมีหรือไม่ และแก้ไขปัญหาโดยผ่านกลไกใดบ้าง	
4. ระบบทะเบียนผู้รับบริการของรพ. เป็นอย่างไร	
5. บุคลากรที่ดำเนินงานคลินิก NCD เพียงพอหรือไม่ และมีการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการอย่างไร	
6. ระบบการใช้ข้อมูลร่วมกันในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นเป็นอย่างไร	
7. ผลการดำเนินงานตามเป้าประสงค์เป็นอย่างไร	
9. Gap หรือโอกาสพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพมีประเด็นใดบ้าง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์	
10. ท่านคิดว่า คลินิก NCD คุณภาพเป็นประโยชน์ต่อผลลัพธ์การดูแลคนไข้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือไม่ อย่างไร	

3.2 ผู้รับบริการ

ประเด็นคำถาม	ตอบแนวทาง ประเมินฯ ข้อ
1. ท่านทราบหรือไม่ว่าเป็นโรคอะไร (ผลการวินิจฉัย) ทราบถึงสาเหตุ แนวทางป้องกันเพื่อไม่ให้เป็นมากขึ้นหรือไม่ ถ้าทราบแล้วคิดอย่างไรกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติ	
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าขณะนี้ท่านมีโรคร่วม หรือภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง ท่านใช้บริการคลินิกไหนบ้าง แล้วไปอย่างไร	

3. ท่านได้เข้ากลุ่ม/ชมรมใดบ้าง และได้เรียนรู้เรื่องโรค สาเหตุ การป้องกัน และการปฏิบัติตนมากขึ้นหรือไม่อย่างไร	
4. ท่านเคยถามแพทย์เกี่ยวกับเรื่องที่ยังสงสัยหรือไม่ ถ้าไม่เคยถามพยาบาลหรือไม่แล้วส่วนใหญ่ได้ ข้อมูล (เกี่ยวกับภาวะโรคและแนวทางการดูแล) จากที่ใด	
5. ท่านได้รับคำแนะนำในเรื่องการควบคุมอาหาร หรือ ออกกำลังกายหรือไม่ และปฏิบัติตามได้หรือไม่อย่างไร	
6. ท่านสูบบุหรี่ หรือดื่มสุราหรือไม่ และได้รับคำแนะนำอย่างไร	
7. ท่านได้รับการแนะนำในการจัดการภาวะเครียดหรือไม่ และปฏิบัติตามได้หรือไม่อย่างไร	
8. ท่านได้ตรวจคัดกรองอะไรไปแล้วบ้าง (ตามสถานะผู้รับบริการ)	
9. ท่านพอใจการทำงานของคลินิกในรพ. หรือไม่อย่างไร	
10. ท่านมีการวางแผนหรือคิดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับผู้ให้บริการหรือไม่ อย่างไร	

ประเด็นคำถาม

กลุ่มที่ 4 4.1 เวชกรรมสังคม , เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ

ประเด็นคำถาม	ตอบแนวทาง ประเมินฯ ข้อ
คำถาม (รพศ., รพท., รพช.)	
1. Case ส่วนใหญ่ที่รับและส่งต่อเป็นโรคใด และกลุ่มใด	
2. กลไกการส่งต่อและส่งกลับเป็นอย่างไร มีปัญหา อุปสรรคและพัฒนาอย่างไร	
3. ระบบการติดตามผู้ป่วยเป็นอย่างไร	
รพช. (เพิ่ม)	
4. ทางรพ. มีการคืนข้อมูลให้ชุมชนอย่างไร	
5. ชุมชนคิดว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาหรือไม่ อย่างไร	
6. รพ. สนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนอย่างไร ตัวอย่าง เช่น การอบรม อสม. การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น	
7. ชุมชนมีส่วนร่วมหรือไม่อย่างไรในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง <ul style="list-style-type: none"> • ชุมชนทำอะไรบ้างเพื่อลดปัญหาสุขภาพ (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) • ชุมชนมีแผนสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนหรือไม่ อย่างไร (สนับสนุนในเรื่องแผนอย่างไร) 	

4.2 รพสต.

ประเด็นคำถาม	ตอบแนวทาง ประเมินฯ ข้อ
1. Case ส่วนใหญ่ที่รพสต.เป็นโรคใด กลุ่มใดและส่งต่อกรณีใด	
2. มีการดำเนินงานอย่างไรกับกลุ่มเสี่ยงสูง	
3. การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงร่วมที่เสี่ยงต่อ CVD เป็นอย่างไร	
4. มีการคืนข้อมูลให้ชุมชนอย่างไร และชุมชนคิดว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาหรือไม่	
5. รพ. สนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนอย่างไร ตัวอย่าง เช่น การอบรม อสม. การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น	
6. ชุมชนมีส่วนร่วมหรือไม่อย่างไรในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง <ul style="list-style-type: none"> ● ชุมชนทำอะไรบ้างเพื่อลดปัญหาสุขภาพ (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) ● ชุมชนมีแผนสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนหรือไม่ อย่างไร (สนับสนุนในเรื่องแผนอย่างไร) 	

ภาค ผนวก 4

รายชื่อผู้ประสานงาน

หน่วยงาน	ชื่อ-นามสกุล	โทรศัพท์	อีเมล
แผนงาน สนับสนุน ระบบบริการ โรคเรื้อรังและ โรคเฉพาะ	นายแพทย์ปานเทพ คณานุรักษ์	08 4751 2300	panthep.k@nhso.go.th
	นางสิริกอร์ ขุนศรี	08 5485 9414	sirikorn.k@nhso.go.th
	นางสาวนงนุช บ่อคำ	09 0197 5139	nongnuch.b@nhso.go.th
	รตท.หญิง สุวภรณ์ มาสุข	08 1170 4003	suwaporn.m@nhso.go.th
สปสช.เขต 1 เชียงใหม่	นาย ศตกร ธนูสนธิ์	0 5328 5355 ต่อ 5033 09 0197 5152	Satakorn.t@nhso.go.th
สปสช.เขต 2 พิษณุโลก	นางจีรยา ฐปมงคล	0 5524 5111 ต่อ 5172 09 8279 7668	jeeraya.t@nhso.go.th
สปสช.เขต 3 นครสวรรค์	นางนิภาภัทร คงโต	0 5637 1831 ต่อ 5058 09 0197 05173	nipapat.k@nhso.go.th
สปสช.เขต 4 สระบุรี	นางสุวรรณี ศรีปราชญ์	0 3621 3205 ต่อ 5262 09 0197 5183	suwannee.s@nhso.go.th
สปสช.เขต 5 ราชบุรี	นางสาวณฐมน ปิยะรัตน์สถิตย์	0 3233 2590 09 8279 7680	natamon.p@nhso.go.th
สปสช.เขต 6 ระยอง	นายสุรพล เอกกนิชสกุลพร	0 3886 4313 ต่อ 5473 09 0197 5199	surapol.a@nhso.go.th
สปสช.เขต 7 ขอนแก่น	นางสาวเพชรีย์ เหล่าพิลัย	0 4336 5111 09 0197 5219	petcharee.l@nhso.go.th
สปสช.เขต 8 อุดรธานี	นางสาววรรณณา สระทองหน	0 4232 5681 09 0197 5221	wannanapa.s@nhso.go.th
สปสช.เขต 9 นครราชสีมา	นางสาวอรุณรัศมี กุณา	0 4424 8870-4 ต่อ 5672 09 0197 5223	arunruch.k@nhso.go.th

หน่วยงาน	ชื่อ-นามสกุล	โทรศัพท์	อีเมล
สปสช.เขต 10 อุบลราชธานี	นางสาวจันทร์ฉาย ประมุขกุล	0 4524 0591 09 0197 5261	junchay.p@nhso.go.th
สปสช.เขต 11 สุราษฎร์ธานี	นางนงพะเยาว์ จงมี	0 7727 4811 ต่อ 5118 06 1420 9640	Nongpayao.J@nhso.go.th
สปสช.เขต 12 สงขลา	นางสาวภิญญาณี ณ พัทลุง	0 7423 3888 ต่อ 5363 09 2246 5760	pinyanee.n@nhso.go.th
สปสช.เขต 13 กรุงเทพ มหานคร	นางบุญสิงห์ มีมะโน	0 2142 0968 08 9969 6492	Boosing.m@nhso.go.th



ส่วนที่ 2

บริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง
ในชุมชน

ส่วนที่ 2

แนวทางการบริหารจัดการการบริการ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

1. ความเป็นมา

ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากการสำรวจในปี 2554 พบว่า ประชากรไทย 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดความพิการและสูญเสียเป็นจำนวนมาก จึงจัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นของประเทศ ทั้งนี้ เพราะปัญหาสุขภาพจิต มีใช้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลไปถึงญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมได้ ผู้ป่วยจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่างๆ หรือเสี่ยงต่อการก่อคดี อุกฉกรรจ์ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบว่า โรคจิตเวช เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระในการดูแลอย่างมาก ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ญาติมีความท้อแท้ เบื่อหน่าย หหมดความหวังและกำลังใจในการรักษา ประกอบกับอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ อาการกำเริบบ่อยครั้ง เกรงว่าผู้ป่วยก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นและชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องลี้ภัยผู้ป่วยจิตเวชไว้ ผลกระทบในด้านลบที่เกิดขึ้นมี 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยา หรือปรับการรับประทานยาเอง

1.2 ด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลสูงอายุ ไม่มีเวลา ต้องไปประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย

1.3 ด้านชุมชน ประกอบด้วย คนในชุมชนหวาดกลัวต่ออาการกำเริบ อาจมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยโรคจิต เพิกเฉย มีความคิดว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้

โรคจิต (Psychosis) จัดเป็นปัญหาจิตเวชที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังที่มีความชุกเป็นลำดับต้นๆ มีภาวะผิดปกติที่สำคัญ คือ อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การรับรู้ความเป็นจริงเสียไป (Out of Reality) ได้แก่ หูแว่ว ภาพหลอน และมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง ในกลุ่มของโรคจิต โรคจิตเภท (Schizophrenia) จัดเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด และก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน และภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเอง ต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม และยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อเศรษฐกิจในภาพรวม ซึ่งจากการศึกษาเรื่องภาระโรค ได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วย (Disability) โรคจิตเวชเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังสูญเสียความสามารถ เทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่ต้นคอลงมา (Quadriplegia)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชมักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง ไม่หายขาด และกลับมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ซึ่งมีผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการมากขึ้น และยังพบปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม ที่ส่งผลเสียต่อชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การฆ่าตัวตาย การทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

ฉะนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีหลักการสำคัญ คือ การให้การรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ เมื่อไม่กำเริบซ้ำ ผู้ป่วยก็มีโอกาสใช้ชีวิตได้เหมือนปกติเหมือนคนอื่นๆ

บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ นับเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน จึงง่ายต่อการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องได้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนนั้น มี 2 ลักษณะ คือ

- 1) ผู้ป่วยที่อาการไม่มาก สามารถดูแลได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้
- 2) ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางและเมื่ออาการดีขึ้น ได้รับการส่งกลับมาดูแลต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ รวมทั้งสนับสนุนให้ญาติและผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน โดยติดตามการประเมินการกลับเป็นซ้ำของโรคทุกเดือน จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงตระหนักและเห็นความจำเป็นที่ต้องสนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดให้มีบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนขึ้นเป็นครั้งแรก ในปีงบประมาณ 2559 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลและรับยาต่อเนื่องถึงบ้านและชุมชน ลดอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 เน้นให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่ม

2. เป้าประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ได้รับการเฝ้าระวังติดตาม ดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) ให้ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีคุณภาพ

3.2 เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการด้านจิตเวช ทั้งหน่วยบริการรับส่งต่อกับหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการประจำกับเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ

3.3 เพื่อลดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

4. กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงาน

4.1 **ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง** สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนไม่น้อยกว่า 8,300 คน ตามเกณฑ์ดังนี้

4.1.1 ผู้ป่วยที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก = F20 – F29 ที่เข้าเกณฑ์จำเป็นได้รับการดูแลต่อเนื่องใกล้ชิด (High risk) และ ไม่ซ้ำรายเดิม ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง/หรือเป็นเป้าหมายในปี 2559

4.1.2 เป็นผู้ป่วยที่เคยหรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมาก หรือกลุ่ม Serious Mental illness with Violence: SMIV ตามเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด

4.1.3 เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการจัดการ เช่น ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยจิตเวชหลายคน, ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง, ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ, ขาดยา, ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลมีศักยภาพไม่เพียงพอ อาจถูกกล่าวหาว่า จำเป็นต้องสนับสนุนการดูแล โดย ชุมชน และหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างต่อเนื่องร่วมด้วย

4.2 หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยความร่วมมือกับครอบครัว และองค์กรเครือข่ายในพื้นที่

4.3 หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ โรงพยาบาลจิตเวชราชชนครินทร์ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา และร่วมให้บริการกับหน่วยบริการประจำ

5. ระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่พบบ่อยมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบโดปามีนในสมอง ร่วมกับ ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ส่งผลให้มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือ พิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว มีความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ประมาณ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป โดยพบในเพศหญิงและชายพอๆ กัน ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการป่วยในช่วงวัยรุ่นถึง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และอาจนำไปสู่การสูญเสียทั้งทางด้านหน้าที่การงาน ครอบครัว และสังคม

การวินิจฉัย

- 1) มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน
 - 1.1) อาการหลงผิด (Delusion)
 - 1.2) อาการประสาทหลอน (Hallucination)
 - 1.3) ความผิดปกติของคำพูด (Disorganized speech)
 - 1.4) ความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น วุ่นวาย (Grossly disorganized behavior) หรือการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic behavior)
 - 1.5) อาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย แยกตัว (Flat affect, alogia หรือ avolition)

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น Bizarre delusion, Voice commenting หรือ voice discussing

2) มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้าน Social/occupational function มาก เช่น ด้านการงานสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

3) มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี Active phase (ตามข้อ 1) อย่างน้อยนาน 1 เดือนและระยะที่เหลืออาจเป็น Prodromal หรือ Residual phase

4) ไม่มีอาการโรคจิตอื่น

5) ไม่ได้เกิดจากสารเสพติดหรือโรคทางกาย

การดำเนินโรค แบ่งเป็น 3 ระยะ หลักๆ คือ

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) หรือ อาการนำ เรียกว่าระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะที่เริ่มมีอาการเล็กน้อย มักมีปัญหาความรับผิดชอบต่อการเรียน หรือการทำงาน ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น อาการจะเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ดูแล หรือญาติ อาจสังเกตเห็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยเฉพาะมักมีอาการประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคไม่ดี หากระยะนี้เป็นอยู่นาน

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) หรือ ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization phase) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน จนกระทั่งอาการทางจิตเฉียบพลันลดอาการรุนแรงลงเป็นระยะเวลานาน 6 เดือน หรือ มากกว่า ซึ่งเป็น ช่วงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะเน้นที่การกิน/ฉีดยาสม่ำเสมอ รวมถึงดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน สปสช.จึงจัดสรรงบกองทุนฯ เพิ่มเติม เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้านหรือในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยในระยะนี้เป็นสำคัญ

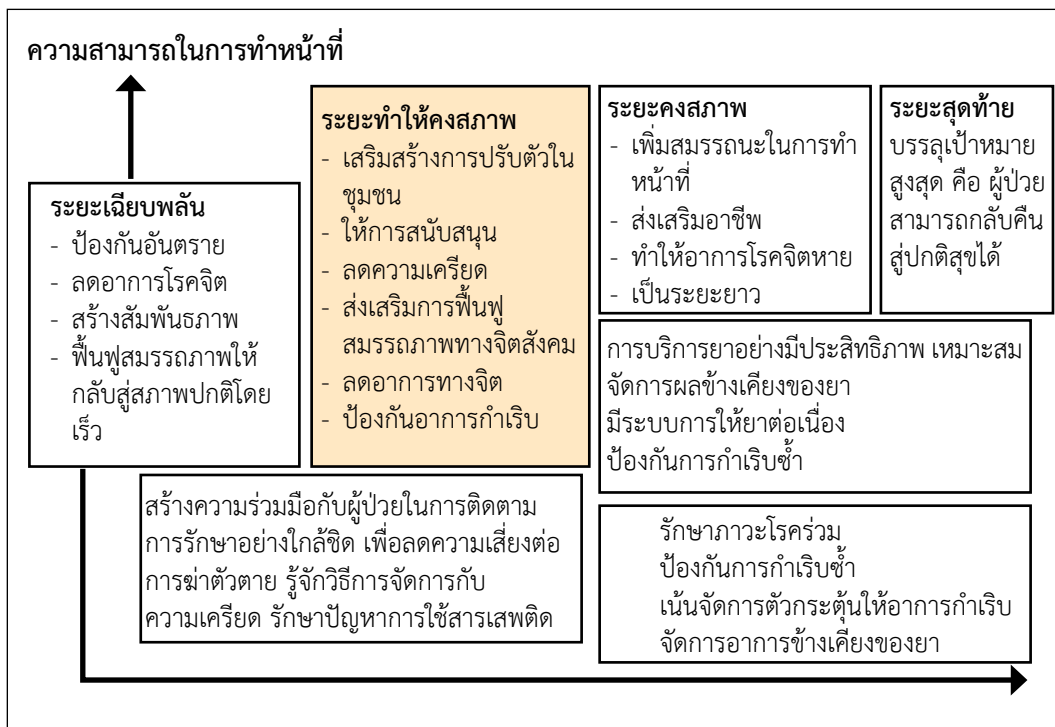
3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) หรือ ระยะคงสภาพการรักษา (Stable phase) เป็นระยะที่อาการผู้ป่วยคงที่ อาจยังคงพบอาการด้านบวกหรือด้านลบได้ แต่จะมีความรุนแรงน้อยกว่าในระยะคงเสถียรภาพ และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยจิตเวชแต่ละรายอาจมีการดำเนินของโรค แต่ระยะระยะ แตกต่างกัน บางรายอาจไม่มีอาการนำมาก่อน โดยเกิดอาการเฉียบพลันทันที บางรายมีอาการกำเริบซ้ำเป็นครั้งคราว และบางรายมีอาการเรื้อรัง โดยไม่เคยหายสนิทจากอาการต่างๆ ตลอดชีวิต

4) หลักการของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คือ การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันความเจ็บป่วยทางจิต เพื่อดำรงภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว ชุมชนและบุคคลในสังคมทั่วไป ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ ให้การบำบัดรักษาแบบทันทีทันใด โดยระดมสรรพกำลังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรัง

เน้นการบำบัดที่เกิดเหตุหรือที่บ้าน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนการดูแลช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งในระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) เน้นที่การเสริมสร้างการปรับตัวของผู้ป่วยในชุมชน การเตรียมความพร้อม ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำอีก โดยดูแลให้ยาต่อเนื่อง ลดปัจจัยกระตุ้น เช่น ความเครียด สารเสพติด สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ใช้ยาในขนาดเดิมที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และนานถึง 6 เดือน เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ให้คำปรึกษารอบครัว ลดการแสดงอารมณ์เสียต่อกัน ลดความคาดหวัง ลดการควบคุมผู้ป่วย มากเกินไป มีกลุ่มช่วยเหลือกันสำหรับครอบครัว (Self-help group) จัดระเบียบการดำรงชีวิต ประสานกับหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ เพื่อจดทะเบียนผู้พิการ ตลอดจนขอความช่วยเหลือจากภาครัฐที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอและเหมาะสม เป็นต้น

ผังแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตแบบบูรณาการ



ที่มา: เอกสารประกอบการนำเสนอโดย นางระพีพร สุภาพัญญากุล, (พยม.,วยม.) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร.

6. ขอบเขตการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีดังนี้

- 6.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และติดตามแก้ไขการขาดนัด -ขาดยา
- 6.2 ให้บริการสุขภาพจิตศึกษา ส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชน ร่วมดูแลผู้ป่วย
- 6.3 ฉีดยา หรือ ให้ยา ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการได้
- 6.4 ประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) และ/หรือพิจารณาช่วยเหลือในการจดทะเบียนคนพิการต่อไป
- 6.5 ประเมินความรุนแรงของอาการ อาการแทรกซ้อน สิ่งแวดล้อม และความเสี่ยงต่ออาการกำเริบเป็นระยะ ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนฯ
- 6.6 ปรับทัศนคติในชุมชน เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างปกติ เป็นต้น

7. การบริหารจัดการระบบบริการ

ส่วนกลาง	<ul style="list-style-type: none">• สปสช. ร่วมกับ กรมสุขภาพจิต (สบสจ.) พัฒนา เครื่องมือ คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน• สปสช. จ่ายเงินกองทุนจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และสนับสนุนด้านการกำกับติดตาม• สบร.ส.ป. ประสานการขับเคลื่อนงานผ่าน Service plan จิตเวชและปฐมภูมิ
ระดับเขต	<ul style="list-style-type: none">• ผู้ตรวจราชการฯ กำกับติดตามงานในพื้นที่• Service plan จิตเวช, รพ.จิตเวช, สปสช.เขต ร่วมกันบริหารจัดการ สนับสนุน กำกับ ติดตาม และรวบรวมรายงานผลการดำเนินการของหน่วยบริการ
สสจ. รพ. ที่เลี้ยง	<ul style="list-style-type: none">• รพ.จิตเวช รพ.มหาวิทยาลัย หรือ รพ.ศูนย์/ทั่วไปที่มีความพร้อม ร่วมให้บริการและสนับสนุน การดำเนินการดำเนินการของหน่วยบริการประจำ• สสจ. สนับสนุนการดำเนินการ
หน่วยบริการ	<ul style="list-style-type: none">• จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง• รพ./รพ.สต.วางแผน ให้บริการ และติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน ร่วมกับ อปท. หรือ อื่นๆ ในการดูแลด้านสังคม• ประสาน/กระตุ้น การบันทึกข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก (แฟ้ม Com Service)• บันทึกและรายงานผลการดำเนินการตามที่กำหนด

8. หลักเกณฑ์การบริหารจัดการงบประมาณ

งบบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 49.8 ล้านบาท มีเป้าหมายเน้นให้จัดบริการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 8,300 ราย เพื่อบริการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านหรือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการขาดยา ลดอาการกำเริบ ลดอัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทั้งนี้ พิจารณาผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายหลัก จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 เมษายน 2558 ถึง 30 มีนาคม 2559 และหน่วยบริการสามารถเลือกผู้ป่วยเป้าหมายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามใกล้ชิด

งบประมาณ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

8.1 สำหรับหน่วยบริการที่เลี้ยง วงเงินไม่เกิน 8.3 ล้านบาท (ประมาณ 1,000 บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่เลี้ยงตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายในเครือข่ายหน่วยบริการหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น

ซึ่ง “หน่วยบริการที่เลี้ยง” หมายถึง โรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ หรือมีแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพ ร่วมให้บริการ และเป็นพี่เลี้ยงแก่แพทย์และทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการประจำ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน

8.2 สำหรับหน่วยบริการประจำ วงเงินไม่น้อยกว่า 41.5 ล้าน (ประมาณ 5,000 บาทต่อราย) จ่ายแบบเหมาจ่ายให้แก่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่หรือชุมชนนั้น ตามจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายที่ลงทะเบียน

สำหรับในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร จ่ายให้แก่หน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ เพื่อจัดบริการระดับปฐมภูมิ ในการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเป้าหมาย ที่บ้านหรือในชุมชน

การจัดสรรและจ่ายชดเชยบริการ ดังนี้

- งวดที่ 1** จัดสรรเมื่อได้รับ ข้อมูลผู้ป่วยเป้าหมายรายหน่วยบริการ คือ
- 1) จ่ายหน่วยบริการที่เลี้ยง 100% จำนวนประมาณ 1,000 บาทต่อราย
 - 2) จ่ายหน่วยบริการประจำ 50% จำนวนประมาณ 2,500 บาทต่อราย
- งวดที่ 2** จ่ายเมื่อได้รับรายงานผลการดำเนินงาน คือ
- 1) จ่ายหน่วยบริการประจำ 50% ที่เหลือ จำนวน 2,500 บาทต่อราย

9. แนวทางและขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณ

กิจกรรม	ระยะเวลา (เดือน)
• ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน จัดสรร กลุ่มเป้าหมายรายเขต/รายหน่วยบริการ	ตุลาคม 2559
จ่ายเงิน งวดที่ 1 หลังการส่งข้อมูลผู้ป่วยเป้าหมาย - จ่ายหน่วยบริการพี่เลี้ยง 100% จำนวน 1,000 บาทต่อราย - จ่ายหน่วยบริการประจำ 50% จำนวน 2,500 บาทต่อราย	พฤศจิกายน – ธันวาคม 2559
• หน่วยบริการพี่เลี้ยง หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ จัดบริการดูแลกลุ่มเป้าหมาย และบันทึกผลการบริการ	ตุลาคม 2559 - มิถุนายน 2560
• รวบรวมรายงานผลการดำเนินการ กำกับติดตาม	กรกฎาคม 2560
จ่ายเงิน งวดที่ 2 หลังตรวจสอบข้อมูลการรายงาน - จ่ายหน่วยบริการประจำ 50% จำนวน 2,500 บาทต่อราย	สิงหาคม 2560
• สรุปผลการดำเนินงาน	กันยายน 2560

10. บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

10.1 หน่วยบริการประจำที่ผู้ป่วยลงทะเบียน หรือ หน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ ในเขตกรุงเทพมหานคร

10.1.1 จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ

10.1.2 มอบหมายทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช/พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป, นักจิตวิทยาคลินิก เกสัชกร, นักสังคมสงเคราะห์ และหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

10.1.3 จัดตั้ง/พัฒนา ศูนย์ประสานการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องในชุมชน

10.1.4 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

10.1.5 บันทึกข้อมูลการจัดบริการ/เยี่ยมผู้ป่วย ในโปรแกรมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP/PP individual data) โดยเฉพาะเพิ่มที่เกี่ยวกับ Community Service ตามแนวทางที่กำหนด

10.1.6 ประสานสนับสนุน พัฒนาระบบสื่อสารให้คำที่ปรึกษา และร่วมดูแลผู้ป่วยกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้นำชุมชน องค์กรศาสนา เพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อคน

10.1.6 รวบรวมสรุปและรายงานผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการระดับเขต

10.2 หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ หน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการในเขตกรุงเทพมหานคร

10.2.1 จัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงและคุณภาพบริการ

10.2.2 มอบหมายผู้รับผิดชอบ แจกสมุดประจำตัวให้ผู้ป่วยหรือญาติ

10.2.3 ร่วมจัดทำและดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามแผนการดูแลรายบุคคล (Individual care plan) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

10.2.4 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้นำชุมชน องค์กรศาสนา และร่วมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมที่บ้าน

10.2.5 ประเมินทัศนคติของชุมชน และสถานภาพด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับอยู่ในสังคม/ชุมชนได้

10.2.6 รวบรวมสรุปและรายงานผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการระดับเขต

10.3 หน่วยบริการ/โรงพยาบาลพี่เลี้ยง

10.3.1 วิเคราะห์สถานการณ์ การเข้าถึงและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังระดับเขต เครือข่ายและศักยภาพหน่วย/สถานบริการ ภายในและภายนอกเขต

10.3.2 มอบหมายผู้รับผิดชอบโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต่อเนื่องในชุมชน

10.3.3 จัดตั้งและพัฒนาทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรายหน่วยบริการประจำศูนย์ประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และแนวทางการดำเนินการ

10.3.4 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการในความรับผิดชอบ พัฒนารูปแบบการติดต่อสื่อสารให้คำปรึกษา ร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการประจำ ปฐมภูมิ และที่บ้านผู้ป่วย อย่างน้อย หน่วยบริการประจำละ 1 ครั้ง

10.3.5 สรุปรวบรวมผลการดำเนินงานและสรุปเสนอคณะกรรมการระดับเขต

10.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการ Service plan ระดับเขต หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

10.4.1 พัฒนากลไกการบริหารจัดการร่วมกัน ของ Service plan, รพ.จิตเวช สปสช.เขต, สสจ. และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

10.4.2 วิเคราะห์สถานการณ์ การเข้าถึงและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระดับเขต เครือข่ายและศักยภาพหน่วย/สถานบริการ ภายในและภายนอกเขต

10.4.3 รวบรวมข้อมูลและจัดสรรผู้ป่วยจิตเวชเป้าหมายแก่ รพ.พี่เลี้ยงและหน่วยบริการ ประจำ แจ้ง สปสช.ส่วนกลาง เพื่อเบิกจ่ายเงิน

10.4.4 สนับสนุนและช่วยแก้ปัญหาให้หน่วยบริการ

10.4.5 รวบรวมและจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานของ รพ.พี่เลี้ยงและหน่วยบริการ ประจำ

10.4.6 รวบรวม วิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังภายในเขตบริการสุขภาพ

10.5 สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

10.5.1 ร่วมพัฒนาคู่มือ แนวทาง และจัดทำข้อมูลเป้าหมาย/โควตา จากฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

10.5.2 เบิกจ่ายกองทุนฯ ตามแนวทางที่กำหนดร่วมกัน

10.5.3 สนับสนุน และร่วมกำกับ ติดตามการดำเนินงาน

10.5.4 ร่วมสนับสนุนความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)

10.6 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

10.6.1 พัฒนาคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

10.6.2 พัฒนาแบบบันทึก แบบรายงาน และรวบรวมผลการดำเนินงาน

10.6.3 ชี้แจง นิเทศ กำกับติดตาม สรุปผลการดำเนินงานของหน่วยบริการทุกระดับ

10.6.4 พัฒนาฐานข้อมูลกลางผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

10.7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักบริหารระบบบริการสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) ด้านสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด และด้านบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ

11. การติดตามประเมินผลและตัวชี้วัด

การดำเนินงานในช่วงเริ่มต้น (3 ปีแรก) สปสช. และ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการ ตั้งแต่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และการส่งต่อ-รับกลับ จากหน่วยบริการด้านจิตเวชระดับทุติ-ตติยภูมิ เพื่อเน้นการเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วยจิตเวช ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน จากหน่วยบริการและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การกำกับติดตามและประเมินผล ในภาพรวมจะใช้วิธีการดังนี้

- 1) การตรวจเยี่ยมติดตาม/การเยี่ยมเสริมพลังทีมผู้ให้บริการในพื้นที่
- 2) การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจากแบบรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ได้รับยาและมีการดูแลต่อเนื่อง ลดการกำเริบ/การกลับเป็นซ้ำ
- 4) ใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล/การสำรวจ/การวิจัย หรือระบบรายงาน ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูล OP-PP data สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น

11.1 ตัวชี้วัดผลผลิตที่จำเป็น

- 1) อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเภท/จิตเวชเรื้อรังในชุมชน เทียบกับกลุ่มเป้าหมาย
- 2) อัตราโรงพยาบาลพี่เลี้ยงดำเนินการได้ตามเกณฑ์
- 3) อัตราหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ มีศักยภาพและดำเนินการตามเกณฑ์

11.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่จำเป็น

- 1) อัตราการกำเริบซ้ำ/การรับเข้ารักษาซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรายเก่า
- 2) อัตราการรับเข้ารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน ภายใน 6 เดือน ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังรายเก่า

การติดตามประเมินผล

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.ส่วนกลาง สนับสนุนให้มีระบบการติดตาม ประเมินผลและกำกับการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ โดยกรมสุขภาพจิตฯ กำหนดแบบรายงาน ในหน่วยบริการแต่ละระดับไว้ รายละเอียดดังภาคผนวก 2

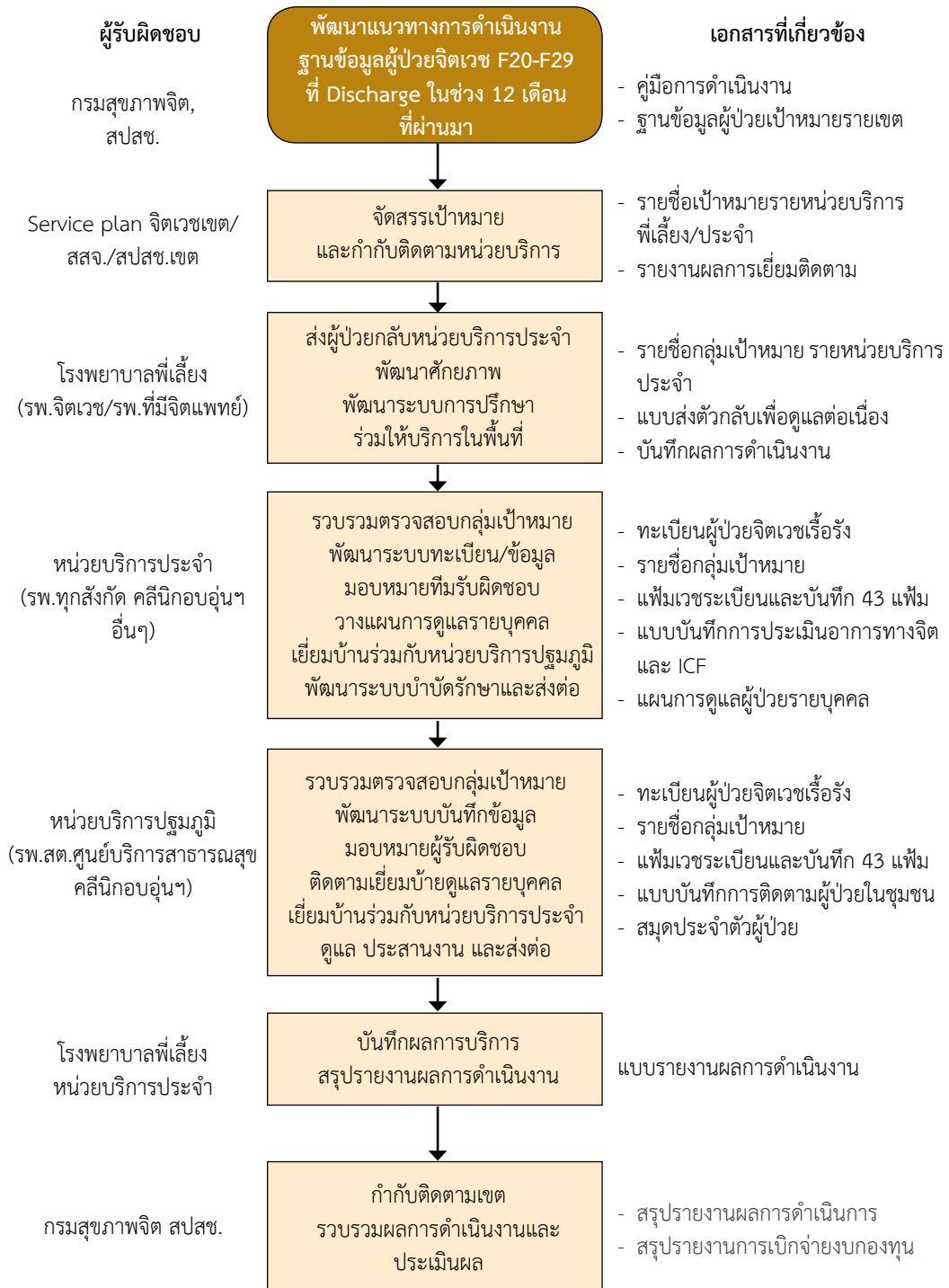
ส่วน สปสช. ติดตามและกำกับผลการดำเนินงาน จากแบบรายงานและข้อมูลสรุปผลการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่เลี้ยงหรือหน่วยบริการแม่ข่าย และอาจเพิ่มเติมด้วยข้อมูลจากการวิเคราะห์/ การสำรวจหรือการทำประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

12. แบบบันทึกและแบบรายงานผลการดำเนินงาน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกแบบและกำหนดให้หน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยเป้าหมาย แล้วรวบรวมข้อมูลตาม แบบบันทึกและแบบรายงานผลการดำเนินงาน ดังนี้

- 12.1 แบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน (แบบ จร.1)
 - 12.2 แบบรายงานการวางแผนการรักษา (Care plan)
 - 12.3 แบบบันทึกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยที่รับผิดชอบเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช (แบบ จร.2)
 - 12.4 แบบรายงานสำหรับหน่วยบริการประจำ (แบบ จร.3)
 - 12.5 แบบรายงานสำหรับหน่วยบริการที่เลี้ยง/แม่ข่าย (แบบ จร.4)
- (เอกสารดัดแปลง ในภาคผนวก 2)

ผังการบริหารระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน



A graphic of a puzzle with one piece highlighted in orange. The puzzle is composed of white pieces with grey outlines. The highlighted piece is a large, irregular shape on the right side of the image. The text "ภาคผนวก" is written in white on the orange piece.

ภาคผนวก

ภาค ผนวก 1

คุณสมบัติบุคลากรและบทบาทของหน่วยบริการ ในระบบบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

ทีม	บุคลากร	บทบาท	ระดับหน่วยบริการ
ทีมพี่เลี้ยง	<ul style="list-style-type: none"> - จิตแพทย์ - แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน - แพทย์ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรระยะสั้นของกรม สุขภาพจิตและเป็นผู้บำบัด ที่คลินิกจิตเวชมาอย่าง น้อย 2 ปี - พยาบาลด้านสุขภาพจิต และจิตเวช (ป.โท, PG) - เภสัชกร - นักสังคมสงเคราะห์ - นักจิตวิทยา - นักกิจกรรมบำบัด - วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานและเชื่อมโยงข้อมูลกับ ทีมเครือข่ายในพื้นที่ 2. สนับสนุนให้คำปรึกษาร่วมแก้ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ ทีมระดับพื้นที่ 3. การบำบัดและรับส่งต่อการ รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกินความ สามารถของโรงพยาบาลที่ไม่มี จิตแพทย์ 4. ส่งกลับผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง เพื่อ ดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการใกล้ บ้าน 	<p>โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่มีจิตแพทย์</p>

ทีม	บุคลากร	บทบาท	ระดับหน่วยบริการ
ทีมระดับ อำเภอ/ ทีมหมอ ครอบครัว (Family Care Team: FCT)	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ - พยาบาลด้านสุขภาพจิต และจิตเวช นักจิตวิทยา - เภสัชกร - นักสังคมสงเคราะห์ - พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน - นักสาธารณสุขชุมชน - วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง - หน่วยงานรัฐ/เอกชนที่ เกี่ยวข้อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมและจัดทำทะเบียน ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในระดับ อำเภอ 2. ดำเนินการให้เกิดการติดตาม ดูแลต่อเนื่องรวมถึงการบำบัด รักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย แก่ญาติ/ผู้ดูแล 3. ประสาน/เชื่อมโยงข้อมูล ปรึกษาและหรือส่งต่อการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน อย่างต่อเนื่องกับทีมพี่เลี้ยง และหน่วยบริการปฐมภูมิ 	โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการ สาธารณสุข
ทีมระดับ ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลวิชาชีพ - นักสาธารณสุขชุมชน - เจ้าพนักงานสาธารณสุข - เครือข่ายภาคประชาชน - อสม./อสส. - แกนนำ/ผู้นำชุมชน - ผู้ช่วยผู้ดูแล - เทศบาล/อบต. - หน่วยงานรัฐ/เอกชนใน ชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมและจัดทำทะเบียน ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 2. ติดตาม/เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมิน เฝ้าระวังอาการกำเริบ/การกลับ เป็นซ้ำ ปรึกษาและหรือส่งต่อ กรณีที่มีปัญหา 3. เฝ้าระวังสังเกตอาการเตือน/ อาการกำเริบ 4. การดูแลการกินยาต่อเนื่อง 5. ประสานการส่งต่อ และช่วย ดูแลต่อเนื่อง 6. เชื่อมโยงกับครอบครัวและ ผู้ป่วย 7. ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออาการ กำเริบ รวมถึงการเยี่ยมบ้าน 8. สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและ ญาติในการฟื้นฟูการใช้ชีวิต 	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.)



การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.ส่วนกลาง สนับสนุนให้มีระบบการติดตาม ประเมินผลและกำกับการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพ โดยกรมสุขภาพจิตฯ ได้กำหนดแบบรายงาน ในหน่วยบริการแต่ละระดับไว้ ดังนี้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ: ติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและบันทึก ตามแบบประเมิน 9 ด้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และร่วมจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Care plan) กับหน่วยบริการประจำ เพื่อเป็นแนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ใช้ แบบ จร.2)

2. หน่วยบริการประจำ: สนับสนุน รพ.สต. ร่วมประเมินอาการผู้ป่วยคุณภาพชีวิตก่อนและ หลังการดำเนินงานจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Care plan) ออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับ รพ.สต. ให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และรวบรวมสรุปรายงานตามข้อ 1) ส่งให้โรงพยาบาล พี่เลี้ยงหรือหน่วยบริการแม่ข่ายต่อไป (ใช้ แบบ จร.3)

3. โรงพยาบาลพี่เลี้ยง/หน่วยบริการแม่ข่าย: สนับสนุนหน่วยบริการประจำและเครือข่าย ให้บริการรับส่งต่อ ส่งกลับ ให้คำปรึกษา ออกพื้นที่ให้คำปรึกษาและร่วมเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และ รวบรวม/ สรุปรายงานการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้สุ่มตรวจแบบประเมิน 9 ด้าน และแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล เมื่อลงเยี่ยมเยียนหรือลงนิเทศหน่วยบริการในความรับผิดชอบ (ใช้แบบ จร.4)

4. กรมสุขภาพจิต ร่วมมือกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดทำโครงการสำรวจหรือจัดทำ การประเมินต้นทุนและประสิทธิผลของระบบบริการจิตเวชเรื้อรังในชุมชน พร้อมทั้งข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อการจัดกิจกรรมสนับสนุน ที่เหมาะสม คุ่มค่าและมีประสิทธิภาพ

ส่วนการจัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการดำเนินจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สปสช. ใช้ข้อมูล จากแบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน (แบบ จร.1) จากผู้รับผิดชอบ ระดับพื้นที่ ปรับเปลี่ยนส่งมา

การเยี่ยมบริการผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน (Home health care)

ดัดแปลงจาก การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในระบบบริการปฐมภูมิ
อ.นพ.กฤษฎี ทองบรรจบ ผศ.พญ. สายพิน หัตถ์ธีรัตน์

“การเยี่ยมบ้าน” เครื่องมือการเรียนรู้และการทำงานในการดูแลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized-Holistic Health Care) เมื่อคำว่า “ระบบสุขภาพ” ไม่ได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะโรงพยาบาลและสถานบริการทางสาธารณสุข เท่านั้น และ เมื่อ “บ้าน” คือพรมแดนใหม่ในการดูแลสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีสุขภาพดีนั้น ทำให้ต้องปรับแนวคิดและวิธีการทำงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย

“การเยี่ยมบ้าน” เป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุข ของประเทศไทย ไม่แพ้เครื่องมือทางการแพทย์ในปัจจุบันที่ทันสมัยและซับซ้อน การเยี่ยมบ้านเป็น “เครื่องมือ” ที่ประหยัดและง่ายต่อการนำไปใช้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่กระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว (Doctor - Patient & Family Relationship) และเป็นการเรียนรู้ และเสริมสร้างการดูแล “สุขภาพครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient & Family Oriented Care) จากบริบทและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient & Family Participation) ได้อย่างแท้จริง

การดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care)

การดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้าน หมายถึง แบบแผนการดูแล, ให้บริการที่เป็นทางการ, สม่่าเสมอโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพหลากหลายสาขาวิชาต่อผู้ป่วยโดยตรงในบ้านของผู้ป่วย โดยในปัจจุบันนี้ มีแนวโน้มของการดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มมากขึ้นด้วยเหตุผล ดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuous) และครอบคลุม (Comprehensive) แก่ผู้ป่วยในบริบทของครอบครัวผู้ป่วย
2. ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ทำให้การดูแลโรคเรื้อรังและโรคที่รักษาไม่หาย ดีขึ้น
3. ค่ารักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นเนื่องจากการใช้เทคโนโลยีที่สูงขึ้น
4. ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค (Diagnosis-Related Groups) พยายามให้ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นที่สุด
5. โรคที่พบมักจะเป็นโรคที่พบใน ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง และหรือเป็นหลายโรคร่วมกัน
6. ผู้ป่วยมักจะเลือกที่รับการดูแลที่บ้าน

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้
2. เพื่อให้ญาติรู้วิธีการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน และร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย
3. เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินทั้งโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม
4. เพื่อให้ทีมสุขภาพทำความรู้จักและสานต่อความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว
5. เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้นๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยและญาติมีความศรัทธาต่อทีมสุขภาพมานานพอ จะเห็นได้ว่า วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านและการให้บริการสุขภาพที่บ้าน มีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น

ทำอย่างไรเมื่อจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว

1. ต้องวางแผน (Plan)

ควรมีการวางแผนร่วมกับทีมงาน ทั้งก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านว่าจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่ออะไรบ้าง จะทำอะไรบ้างที่บ้าน คาดว่าจะอะไรขึ้นบ้าง ถ้าไม่เป็นดังคาด จะมีแผนรองรับ

อย่างไร ต้องเตรียมข้อมูล แผ่นพับสุขภาพ แผนที่บ้าน และอุปกรณ์อะไรไป และเมื่อกลับจากเยี่ยมบ้านต้องสรุปและบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ เมื่อใด ต้องติดต่อประสานงานกับใครอีกบ้าง จะเลิกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนั้นเมื่อใด

2. แม่นยำในหลักการ (Medical management)

หลักการในที่นี้ คือหลักการในวิชาชีพ การทำงานร่วมกันที่บ้านของผู้ป่วยของทีมทั้งแพทย์ ปฐมภูมิ พยาบาล กายภาพบำบัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์สูงสุด การเยี่ยมบ้าน จึงไม่ใช่ลดมาตรฐานวิชาชีพลง ในทางตรงกันข้ามทีมเยี่ยมบ้านที่ไปเยี่ยมบ้านกลับจะต้องมีไหวพริบปฏิภาณและมีทักษะขั้นสูงในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางแต่ละสาขาวิชาชีพให้เข้ากับวิถีชีวิตที่เฉพาะตัวของแต่ละบ้าน และรู้จักแก้สถานการณ์เฉพาะหน้าได้รวมทั้งสามารถให้การรักษาที่ถูกรวิธี

3. ไม่ระรานความสงบสุข (Identification of patient's needs)

ต้องเกริ่นกับผู้ป่วยว่าอยากจะทำให้หมอไปเยี่ยมบ้านบ้างหรือไม่ จะสะดวกวันใด เวลาใด อย่านไปเยี่ยม เพราะ “หมอยากไปและนาที่นี้หมอว่างพอดี” หมอว่าง แต่ผู้ป่วยและญาติอาจจะไม่ว่าง อย่านไปถ้าเขามีทำที่ไม่อยากให้ไปหรือไม่สะดวก ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกันเสียก่อน หรือหาข้อมูล แวดล้อมด้วยวิธีอื่น อย่านู๋โจมเข้าไปเยี่ยมบ้านถึงแม้ว่าอยากจะทำเข้าไปดูสถานการณ์ภายในบ้านนั้น เต็มประดา ทีมเยี่ยมบ้านต้องเคารพความสัมพันธ์อันดีที่มีต่อกันในระยะยาว ภายหลังจากนัดหมายวันเวลาที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว ก่อนออกเดินทางไปเยี่ยมบ้าน อย่านลืมโทรศัพท์หรือติดต่อผู้ป่วยและญาติ ล่วงหน้าว่ากำลังจะออกเดินทาง จะไปถึงในเวลาเท่าใด เขาจะได้ไม่ต้องรอเก้ออยู่นาน และมีโอกาสเตรียมตัวก่อนที่แขกจะมาถึงบ้าน และเมื่อถึงบ้านแล้ว ให้ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือในประเด็นใดบ้าง

4. จัดทุกข้ให้เป็นระยะๆ (Continuing patient-centered care)

ควบคู่ไปกับการรักษาโรค ทีมเยี่ยมบ้านต้องสามารถประเมินความเจ็บป่วย ซึ่งมี 4 มิติใหญ่ๆ ตามหลักการของการดูแล โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ได้แก่

- ความคิด (ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นอะไร)
- ความรู้สึก (ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับความเจ็บป่วยของตน)
- ภารกิจประจำวัน (ความเจ็บป่วยนั้นทำให้ผู้ป่วยทำอะไรได้มากน้อยเพียงใดในชีวิตประจำวัน)
- ความคาดหวัง (ความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ เป็น

อย่างไร เป็นจริงหรือไม่ มีทางเลือกอะไรบ้าง) การดูแลทั้งโรคและความเจ็บป่วยไปควบคู่กัน ควรกระทำอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่ไปเยี่ยม มากน้อยแล้วแต่โอกาส

5. พบปะเมื่อต้องการ (Participation and family conference)

ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าอยากให้หมอมาเยี่ยมครั้งต่อไปเมื่อใด ที่ห่างแค่ไหน ถ้าพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้ต้องการอีก รวมทั้งไม่มีความจำเป็นอื่นที่ต้องติดตามที่บ้าน ก็ไม่จำเป็นต้องเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายนั้นอีก ระวังที่จะไม่แสดงท่าทีโกรธเคือง น้อยใจด้วยท่าทางหรือทางเสียง ทีมเยี่ยมบ้านควรต้องใจกว้างและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีช่องทางติดต่อเมื่อต้องการความช่วยเหลือ เช่น ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อไว้ โทร.ได้เมื่อไหร่ ไปโรงพยาบาลได้เมื่อใดอย่างไร ให้ข้อมูลไว้ทั้งผู้ป่วยและญาติ เพราะหลายครั้งผู้ป่วยและญาติมีความต้องการไม่ตรงกัน และต้องการคุยกับหมอโดยไม่ให้อีกฝ่ายรู้ เมื่อเยี่ยมบ้าน ควรดึงเอาญาติมามีส่วนร่วมในวงสนทนาหรือถือเป็นโอกาสดีในการพบปะญาติๆ เพื่อซักถามและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

6. อย่ายูนิานถ้าไม่จำเป็น (Evaluation of quality of care)

การเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง เพราะหากเราเป็นเจ้าของบ้าน เราก็คงไม่อยากรับแขกที่อยู่นานเกิน 1 ชั่วโมง ถ้าไม่จำเป็นนอกจากนี้การอยู่นานเกินไป อาจทำให้ลืมนเป้าหมายของการไปเยี่ยมบ้านรายนั้นๆ ทีมงานก็จะเริ่มเหนื่อย เจ้าบ้านบางรายอาจจะชอบที่หมออยู่นาน แต่หมอที่อยู่นานก็จะทำหน้าที่อื่นที่ไม่ใช่หมอ เช่น ไปดูต้นไม้ ชมงานอดิเรก ชื่นชมสัตว์เลี้ยง ถ้านานพอก็รวบกินทั้งข้าวกลางวันและข้าวเย็น ถ้าสังสรรค์ต่อ ก็อาจจะนอนค้างบ้านนั้นไปเลย ทำตัวเหมือนเป็นญาติสนิทจริงๆ ซึ่งในกรณีนี้ความสัมพันธ์ก็อาจจะเกินขอบเขตไปบ้างและไม่ใช่มุ่งหมายของการเยี่ยมบ้าน ดังนั้น ขณะเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งควรประเมินคุณภาพในการให้บริการด้วย

7. เน้นสร้างเสริมและป้องกัน (Risk evaluation and health promotion)

ต้องช่างสังเกตว่าสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสมาชิกในบ้านมีอะไรบ้าง ที่เป็นข้อดีในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องชื่นชมและแสดงออกให้สมาชิกในบ้านนั้นทราบ ถ้ามีอะไรที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพ ควรไตร่ตรองก่อนว่าถึงเวลา ที่ควรจะแนะนำแล้วหรือยัง ส่วนใหญ่ถ้าสมาชิกในบ้านยังไม่ศรัทธาหมอและทีมงานที่ไปเยี่ยมบ้านการหักแต่เรื่องไม่ดีของบ้านจะทำให้เจ้าของบ้านเสียหน้า และรู้สึกว่าคุณถูกจับผิดอยู่ในบ้านตนเอง อาจทำให้รู้สึกไม่อยากจะต้อนรับในครั้งต่อไปและพฤติกรรมหรือความเสี่ยงนั้นก็ไม่ถูกเปลี่ยนแปลง ถ้ารู้สึกว่าคุณป่วยและญาติยังไม่พร้อมจะรับคำแนะนำ ควร

จดบันทึกไว้ทำครั้งต่อไปเมื่อมีโอกาส ควรแนะนำในสิ่งที่ทำได้ง่ายก่อน สมาชิกในบ้านจะรู้สึกได้ว่า ถ้าเปลี่ยนแปลงไม่มากนักและทำสำเร็จ สุขภาพน่าจะดีขึ้นระดับหนึ่งก่อน

8. พลิกผันตามสถานการณ์ (Reassessment of care plan)

ทีมเยี่ยมบ้านควรทำการเยี่ยมบ้าน ให้เหมือนกับการทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย (Ward round) ที่ต้องเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาทุกครั้งที่ได้ประเมิน ถ้าผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล หมอเยี่ยมประเมินเช้า-เย็น ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน หมอประเมินทุกครั้งที่ยี่ยมบ้าน แผนการดูแลรักษาและความถี่ของการเยี่ยมบ้านควรปรับเปลี่ยนตามปัญหาที่สลับซับซ้อนของผู้ป่วยและญาติรายนั้น ปัญหาดังกล่าวไม่ใช่ความยากง่ายของโรค แต่เป็นความยากง่ายของสถานการณ์ เช่น แม้จะป่วยด้วยโรคต่างๆ แต่ญาติที่อยู่ด้วยดูแล้วยาก ปรับตัวไม่ได้ ถ้าหมอไม่ไปเยี่ยมที่บ้านจนเขามั่นใจว่าดูแลกันเองได้ สักพักก็จะหอบหิวกันไปโรงพยาบาลบ่อยๆ อีกเช่นเคย บางช่วงหมอหรือทีมงานอาจต้องเยี่ยมบ้านทุกวัน ไปสักระยะก่อน บางช่วงเยี่ยมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง บางช่วงเยี่ยมเดือนละครั้งก็พอ

9. ร่วมประสานกันเป็นทีม (Teamwork)

การเยี่ยมบ้านด้วยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอาจไปเยี่ยมบ้านคนเดียวได้ แต่ไม่ควรทำงานคนเดียว รูปแบบการเยี่ยมบ้านควรให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ไม่ทำอย่างเอิกเกริก เช่น ทั้งหมอ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์แต่งชุดฟอร์มอย่างดี ยกโขยง มากัน 1 คันรถ เหมือนที่เคยผิดพลาดในโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์ในสมัยก่อน หรือ กรณีครอบครัวที่มีความรุนแรงในครอบครัว หากทีมไปเยี่ยมบ้านหลังกลับออกมา “เหยื่อ” ของความรุนแรงอาจได้รับอันตรายที่รุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม ทีมอาจจะรู้สึกที่ตั้งใจไปทำงานเต็มรูปแบบ แต่ก่อให้เกิดปัญหาจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติโดยไม่ตั้งใจ ก่อนหมอบไปเยี่ยมบ้าน ทั้งทีมควรรับทราบร่วมกัน ไม่ใช่หมอแอบไปเยี่ยมคนเดียว บังเอิญผู้ป่วยหรือญาติเจอทีมงานคนอื่นก็เล่าว่าหมอบไปเยี่ยมที่บ้าน ถ้าทีมงานทำหน้าที่หลากหลาย ผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกแปลกใจว่าเขาควรจะเชื่อใคร เหมือนไม่ได้ทำงานด้วยกัน หมอแนะนำอย่างหนึ่ง

เครื่องมือของหมอบริการครอบครัว (IN-HOME-SSS) ทีมพิมพ์ในวารสาร American Family Physician ดังหัวข้อต่อไปนี้

I : การเคลื่อนไหว (Immobility) ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด

- กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living) เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ กินได้ ขับถ่ายสะดวก กลั้นได้หรือไม่ เป็นต้น
- กิจวัตรประจำวันที่ใช้เครื่องมือต่างๆ (Instrumental Activity of Daily Living) เช่น การใช้โทรศัพท์ จัดยากินเองได้ การไปตลาด การใช้เงิน การทำงานบ้าน การทำอาหาร ล้างรถ เลี้ยงสุนัข เป็นต้น ทีมเยี่ยมบ้านสามารถสังเกตกิจวัตรประจำวันได้หรือขอร้องให้ผู้ป่วยทำให้อู หากพบว่ามีปัญหาในการฟังฟังสูง สามารถที่จะวางแผนช่วยเหลือและคำแนะนำเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้

N : อาหาร (Nutrition) ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอย่างไร เหมาะสมกับโรคหรือไม่ อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหาร ปริมาณที่กิน นิสัยการกิน ก่อนหรือหลังกินข้าวชอบ สุกบุหรี ต้มเหล้าหรือไม่ เป็นต้น

H : สภาพบ้าน (Home Environment) ประเมินว่าสภาพบ้านมีลักษณะเป็นอย่างไร เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและโรคที่เป็นหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยล้มโรคควรอยู่ในห้องที่มีหน้าต่าง อากาศถ่ายเทสะดวก ความปลอดภัยของสมาชิกภายในบ้าน นอกจากนี้ควรประเมินด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- ภายในบ้าน เช่น แออัด โปรงสบาย สะอาด เป็นระเบียบ อบอุ่นเป็นกันเอง สบายดูเป็นส่วนตัว มีรูปแขวนผนัง เป็นใครบ้าง มีประกาศนียบัตรหรือโล่ยกย่องเกียรติคุณ เรื่องใดบ้างของสมาชิกในบ้าน มีโทรทัศน์ เครื่องดนตรี ห้องหนังสือ เลี้ยงสัตว์ ภายในบ้าน เป็นต้น
- รอบบ้าน เช่น มีบริเวณหรือไม่ รอบบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบขอบชิด หรือทะเลถึงกันกับเพื่อนบ้าน
- เพื่อนบ้าน เป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

O : สมาชิกคนอื่นในบ้าน (Other People) ประเมินความสัมพันธ์และภาระหน้าที่ของสมาชิกในบ้าน เป็นอย่างไร อาจใช้แผนภูมิครอบครัว (Genogram) เป็นเครื่องมือช่วยประเมินเพื่อให้เข้าใจบทบาทและข้อมูลที่สำคัญในครอบครัวได้ง่ายขึ้น การเยี่ยมบ้านมีข้อได้เปรียบในการพูดคุยเรื่องอนาคตของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะยาว โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ อาจประเมินด้วยว่า ถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น จะมีใครเป็นตัวแทนที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ บ้านเป็นสถานที่ที่แพทย์สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติได้สะดวกและอบอุ่นกว่าในโรงพยาบาล เพราะปราศจากสภาพกดดันที่จะเร่งให้ผู้ป่วยและญาติออกจากโรงพยาบาล ทั้งยังเป็นการสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติเห็นสภาพจริงว่าสามารถอยู่บ้านได้อย่างไรบ้างแม้ในนาที่สุดท้าย

M : การใช้ยา (Medication) ประเมินว่าจริงๆ แล้วผู้ป่วยกินยาอะไรบ้างกินอย่างไร มีวิธีการจัดยาแต่ละมื้ออย่างไร มียาอื่นอะไรบ้างที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง มียาสมุนไพร อาหารเสริม ยาหม้อ ยาพระและอะไรอื่นอีกบ้าง ทั้งนี้ ไม่ใช่เพื่อห้าม แต่เพื่อให้รู้และประเมินพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายนั้นๆ ว่าเป็นอย่างไร เช่น มีลักษณะของการตรวจรักษาหลายโรงพยาบาล (Medical shopping) หรือไม่ บ้านจะเป็นสถานที่ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Patient compliance) ได้เป็นอย่างดี และจะทำให้แพทย์ตระหนักว่าการทำงานทุ่มเทอย่างหนัก อยู่แต่ภายในโรงพยาบาลอาจไม่ก่อประโยชน์ใดๆ เลย หากยาที่ผู้ป่วยกินที่บ้านไม่ตรงกับที่แพทย์คาดหวัง เพราะการประเมินผู้ป่วยในสถานพยาบาลเพียงเสี้ยวเวลาที่ไม่สามารถประเมินสภาพความจริงของผู้ป่วยได้ว่าจะรักษาตัวตามที่แพทย์สั่ง

E : การตรวจร่างกาย (Examination) การประเมินจากการตรวจร่างกายว่าผู้ป่วยสามารถทำภารกิจประจำวันได้มากน้อยเพียงใดที่บ้าน จึงทำให้เห็นสภาพความเจ็บป่วยที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นๆ แล้วนำมาปรับแนวทางการช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

S : ความปลอดภัย (Safety) ประเมินสภาพความปลอดภัยภายในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถปรับสภาพภายในบ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ เช่น แนะนำให้เปลี่ยนที่วางเฟอร์นิเจอร์บางชิ้นซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มของผู้สูงอายุภายในบ้านได้ สายไฟที่เดินในบ้านใช้มานานควรจะเปลี่ยนหรือไม่ พื้นห้องน้ำลื่นเกินไปหรือไม่, บันไดบ้าน ชันหรือมีราวให้จับหรือไม่ เป็นต้น

S : สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual health) การประเมินในเรื่องของการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ความเชื่อและคุณค่าในการใช้ชีวิต เรื่องของความรู้สึก สิ่งที่ยึดถือในจิตใจ ความเชื่อทางจิตวิญญาณของคนในบ้าน อาจสังเกตจากศาสนวัตถุภายในบ้าน วารสาร นิตยสารที่อ่านประจำ หรือจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติโดยตรงทำให้เข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

S : แหล่งให้บริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน (Services) ควรให้ญาติที่ใกล้ชิดอยู่ด้วยในขณะที่หมอไปเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เข้าใจตรงกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องเข้าใจบริการการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลว่ามีอะไรบ้าง จะติดต่อได้อย่างไรเมื่อใด หรือมีการบริการอื่นใดในละแวกบ้านที่ผู้ป่วยและญาติสามารถไปใช้บริการได้อีกบ้าง

ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

หลังจากออกจากบ้านผู้ป่วย ทีมเยี่ยมบ้านควรมีขั้นตอนต่อไป โดยมาสรุปปัญหาที่พบและการรักษาที่ให้ แล้วเขียนบันทึกข้อมูล

1. สรุปปัญหาครอบครัว

ทีมงานเยี่ยมบ้านกลับมาหลังทำการลงเยี่ยมบ้าน สิ่งที่ต้องทำเป็นอันดับแรกก็คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด โดยข้อมูลที่ได้มาจากแต่ละคนในทีมจะมีบางส่วนที่คล้ายหรือแตกต่างกัน มีประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัญหา เช่น กรณีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ Alzheimer's disease แพทย์ได้พูดคุยกับผู้ป่วย รับทราบปัญหาว่าญาติทอดทิ้งไม่ดูแล แต่เมื่อพยาบาลคุยกับญาติ พบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงลืมมักคิดว่าไม่ได้รับประทานอาหารทั้งที่รับประทานไปแล้ว และเมื่อนักสังคมสงเคราะห์ไปคุยกับเพื่อนบ้านก็พบว่าญาติดูแลเป็นอย่างดี ดังนั้น การทำประชุมทีมเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพจึงมีประโยชน์มากในการเข้าใจปัญหาอย่างถูกต้อง รวมทั้งการร่วมกันแก้ปัญหาจะสามารถค้นหาวิธีการจากหลายมุมมองได้เหมาะสมกว่า หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนทางปฏิบัติ หรือวิธีแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวมมากขึ้น หากมีปัญหาก็สามารถหาเครือข่าย เพื่อขอความช่วยเหลือได้ เช่น โรงพยาบาล หรือ สถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขภาพดีขึ้น รวมทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมมีการทำงานร่วมกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพและมีการแลกเปลี่ยนทักษะความรู้ระหว่างกันเพิ่มขึ้นด้วย

2. บันทึกข้อมูล

การบันทึกข้อมูล ควรต้องมีสมุดหรือแฟ้มประจำครอบครัว เพื่อใช้สำหรับบันทึก ข้อมูลการดูแลครอบครัว ในการเยี่ยมแต่ละครั้งรูปแบบที่ใช้ในการบันทึกอาจใช้รูปแบบ SOAP อันประกอบด้วย

- ประวัติ (Subjective) ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยสำคัญ, ปัจจุบัน, อดีต, ครอบครัว รวมถึงการทบทวนตามระบบ การตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการ (Objective) ได้แก่ การตรวจ ร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการที่ได้ทำ
- การประเมิน (Assessment) ได้แก่ การประเมินการวินิจฉัยทั้งด้าน บุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะวินิจฉัยไว้เดิมแล้ว หรือเป็นปัญหาใหม่ สามารถบันทึก การวินิจฉัยเป็นปัญหา เช่น ปวดท้อง (Abdominal pain) การทะเลาะกันในครอบครัว อาการซึมเศร้า การจัดการตนเอง การเคลื่อนไหว กรณีที่ไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่ชัด ควรจะ

บอกสถานะของปัญหานั้นว่า Active หรือ Inactive ทั้งนี้ ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วย หรือ บุคคลที่ได้รับการเยี่ยม

- การวางแผน (Plan) ได้แก่ การวางแผนการวินิจฉัยโรค หรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ส่งไปฟื้นฟู หรือแผนการพูดคุยกับครอบครัว การวางแผนการดูแลโดยดูจากสถานะของปัญหา ถ้าปัญหา Active ต้องให้การดูแล รักษาให้ทันเวลา ส่วนปัญหาที่ Inactive อาจจะสังเกตดูอาการ ผู้ป่วยอาจจะกินยาเดิม หรือรักษาแบบเดิมต่อไป หรือแผนการค้นหาข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติม

การบันทึกข้อมูลจะทำให้ทีมเยี่ยมบ้านทราบถึงข้อมูลที่เกิดขึ้นและการวางแผน การเยี่ยมครั้งต่อไปรวมถึงสามารถให้ทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่จะเยี่ยมบ้านทราบข้อมูลที่ผ่านมา

ภาค ผนวก 4

รายชื่อผู้ประสานงาน

หน่วยงาน	ชื่อ-นามสกุล	โทรศัพท์	อีเมล
สำนักสนับสนุนระบบบริการ ปฐม	พญ.ขจีรัตน์ ปริกเอโก	01 1939 0413	kajeeratn.p@nhso.go.th
	นางชาลีมาศ ต้นสุเทพวีรวงศ์	08 4751 1623	chaleemas.t@nhso.go.th
สปสช.เขต 1 เชียงใหม่	น.ส.โชติกา ชูพงษ์เสรีฐ	09 0197 5182	chotika.c@nhso.go.th
สปสช.เขต 2 พิษณุโลก	นายจันทศักดิ์ อุไทย	09 0197 5163	Jintasak.o@nhso.go.th
สปสช.เขต 3 นครสวรรค์	นายสรราชัย สุขประสงค์	08 5487 5034	sarachai.s@nhso.go.th
สปสช.เขต 4 สระบุรี	นางสร้อยทอง ย้อยดี	0 3621 3205	soithong.y@nhso.go.th
		08 4751 2745	
สปสช.เขต 5 ราชบุรี	นางจินตนา แววสวัสดิ์	09 0197 5194	jintana.w@nhso.go.th
สปสช.เขต 6 ระยอง	นายอัษฎาวุธ สาระสิทธิ์	08 4544 1004	asadawut.s@nhso.go.th
สปสช.เขต 7 ขอนแก่น	น.ส.วิไลพร ใหญ่สูงเนิน	09 3545 9565	wilaiporn.y@nhso.go.th
สปสช.เขต 8 อุดรธานี	นางวรรณธิดา เกตะวันดี	09 1867 6809	wanthida.k@nhso.go.th
สปสช.เขต 9 นครราชสีมา	นายพูนชัย ไตรภูธร	08 9428 2862	poochai.t@nhso.go.th
		สายใน ต่อ 5660	
สปสช.เขต 10 อุบลราชธานี	น.ส.จิระพรรณ โพธิ์กำเนิด	09 8279 7703	chiraphan.p@nhso.go.th
สปสช.เขต 11 สุราษฎร์ธานี	น.ส.กรวิกา จันทรัตน์	09 8279 7704	konvika.c@nhso.go.th
สปสช.เขต 12 สงขลา	นางฐานทิพย์ อัลภาชน์	08 9870 0675	thanthip.a@nhso.go.th
สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร	นางพรนาวี ทิมเกิด	06 1418 4806	pornavee.t@nhso.go.th



Goal 3 : Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages

" In health, it puts a strong focus on Universal Health Coverage: 'To promote physical and mental health and well-being, and to extend life expectancy for all, we must achieve universal health coverage and access to quality health care. No-one must be left behind'. "

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Health in the sustainable development goals: where are we now in the South-East Region? What next?. 2016.



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2,3,4 อาคารรัฐประศาสนภักดี
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730 www.nhso.go.th