



๑. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ (ตาม PMQA : การนำองค์กร/การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์/การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ / การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล / การจัดการกระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินการ)

หมวดที่ ๑ การนำองค์กร

- ๑) ผู้นำองค์กรมีวิสัยทัศน์
- ๒) มีเครือข่ายสุขภาพเข้มแข็ง
- ๓) เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการทำงานเป็นทีม
- ๔) มีระบบการแก้ไขปัญหาโดยใช้เครือข่ายและชุมชนเป็นฐาน

หมวดที่ ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์

- ๑) มีการ SWOT Analysis ปัญหาของพื้นที่
- ๒) การจัดทำแผนงานโครงการ สอดคล้องกับ ประเด็นของพื้นที่ / ประเด็นโซน (DM/HT และ ผู้สูงอายุ)
- ๓) มีการจัดทำแผนงานโดยการใช้ข้อมูล ที่รอบด้าน
- ๔) มีการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนเป็นระบบ
- ๕) อปท.สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการด้านต่างๆ ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล
- ๖) มีแผนยุทธศาสตร์ชัดเจน

หมวดที่ ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ

- ๑) มีการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ เพื่อกำหนดประเด็นในการแก้ปัญหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกและพฤติกรรม และจัดทำแผนในการพัฒนาการแก้ไขโดยเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการในกลุ่มป่วย
- ๒) กลุ่มผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อนำมาซึ่งแผน และการจัดทำแนวทางในการดูแลในแต่ละกลุ่ม
- ๓) มีการระบบรับและส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีระบบ
- ๔) มีการจัดการระบบปฐมภูมิที่ดี
- ๕) มีทีมสหวิชาชีพ ลงให้บริการผู้ป่วยเดือนละ ๑ ครั้ง

๒. ประเด็นปัญหา/โอกาสพัฒนา

ประเด็นปัญหา

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

- ๑) โรคเรื้อรัง (DM/HT)
- ๒) สังคมผู้สูงอายุ



โรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่

- โรคเบาหวาน (ลดรายใหม่/ลดภาวะแทรกซ้อน/การควบคุม)และโรคความดันโลหิตสูง (ลดรายใหม่/การควบคุมระดับความดันโลหิต)

สิ่งที่พบ/ชื่นชม

- ๑) การสื่อสารนโยบายการคัดกรอง ตั้งแต่ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๕
- ๒) มีการขับเคลื่อนงานโดย NCD Board
- ๓) มีกลไกการขับเคลื่อน
 - ๓.๑ อสม./ชุมชน เน้นการคัดกรอง
 - ๓.๒ รพ.สต.เน้นการปรับเปลี่ยนและผู้ป่วยคุมได้
 - ๓.๓ รพช.ระบบการดูแลรักษาป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 - ๓.๔ รพศ.พัฒนาศักยภาพรับส่งต่อผู้ป่วย
 - ๓.๕ สสจ./สสอ. ทีมสนับสนุนและกำหนดนโยบาย
- ๔) แผนการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม
 - ๔.๑ ปรับแผนระบบการติดตามการนัด
 - ๔.๒ จัดทำระบบ POP UP COMPLICATION SCREEN/LAB
 - ๔.๓ ใช้เทคนิค INTERVENTION INTERVIEWING อย่างต่อเนื่อง
 - ๔.๔ CM ดูแลแบบ CASE MANAGEMENT ในผู้ป่วย STROKE,MI,CKD ทุกวัน
อังคาร/พฤหัสบดี เพื่อการดูแลทุกมิติ
 - ๔.๕ กิจกรรม CQI พัฒนาระบบการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
 - ๔.๖ กิจกรรมรณรงค์การคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานบริการ-

ผลการดำเนินงาน

- ๑) จำนวนและร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงปีที่ผ่านมา (รายตำบล) เป้าหมายร้อยละ ≤ ๑.๗๕ ผลงานอำเภอระนอง ร้อยละ ๐.๗๓
- ๒) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑C (รรายตำบล) เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๗๐ ผลงานอำเภอระนอง ร้อยละ ๓๖.๔๙
- ๓) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม HbA๑C < ๗ (รายตำบล) เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐ ผลงานอำเภอระนอง ร้อยละ ๑๗.๔๘

ปัญหาที่พบ

- Authen ไม่เข้าระบบ เน้นคัดกรองบันทึกก่อน ตามดำเนินการ Authen
- ระบบ HDC ประมวลผลช้า เน้นให้ใช้ข้อมูล Manual ใช้ DATA Exchange ตรวจสอบผลการบันทึก



การติดตามในการนิเทศรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

- ๑) จำนวนและร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงปีที่ผ่านมา (รายตำบล) เป้าหมายร้อยละ $\leq ๑.๗๕\%$
- ๒) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑C (รายตำบล) เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๗๐ ผลงานอำเภอระนอง ร้อยละ ๓๖.๔๙
- ๓) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม HbA๑C < ๗ (รายตำบล) เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐

- สุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๒.๑ การดำเนินงาน

- ๑) มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ
- ๒) มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี(Wellness Plan)
- ๓) มีชมรมผู้สูงอายุทุกตำบลที่ดำเนินการด้านสุขภาพ
- ๔) มีไทชีวาเวลเนส งานแพทย์แผนไทย รพ.ระนอง ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

๒.๒ แผนการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

- ๑) พัฒนากลวิธีการขับเคลื่อนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี(Wellness Plan)
- ๒) ปรับแผนและกระบวนการจัดทำ Wellness Plan ให้เข้าใจง่าย
- ๓) พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุ โดยจัดอบรมที่ทก (Wellness Plan) ดำเนินงานในชุมชน
- ๔) สำรวจจำนวน CM,CG ที่ปฏิบัติงานและขอสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดอบรม

ผลการดำเนินงาน

- ๑) ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๘ (ร้อยละ ๑๐๐)
- ๒) โรงพยาบาลเปิดคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการทุกวันอังคาร
- ๓) ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี(Wellness Plan) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (ร้อยละ ๑๐๐)
- ๔) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒ (Blue book) (ร้อยละ ๙๑.๗๘)
- ๕) ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ(๑ชมรม/ตำบล) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ (ร้อยละ ๑๐๐)

การติดตามในการนิเทศรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

- ๑) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ (ร้อยละ ๘๕.๔๖)
- ๒) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ (ร้อยละ ๙๒.๒๓)



๓.ประเด็น Digital Health & Telemedicine

ประเด็นที่ควรกำกับติดตาม

๑. มีผู้ป่วยนัดหมายเพื่อรักษา ๕ คน
๒. มีการรักษาเชิงรุก ๑ คน (เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง)

ประเด็นปัญหา/โอกาสพัฒนา

- การ Authen Code สปสช. ทำได้ล่าช้าและต้องทำงานซ้ำซ้อน
- ข้อมูลที่ส่งจาก JHCIS ไม่ถูกต้อง/ ส่งข้อมูลแก้ไข Data Correct ต้องการให้เพิ่มความถี่
- การทำ Data Exchange ระหว่าง รพ. และ รพ.สต.
- แผนการพัฒนาบุคลากรรองรับ Digital Health ทั้ง Software และ People
- การบันทึกข้อมูลที่หลากหลายโปรแกรมและไม่เชื่อมโยงกัน เช่น Smart อสม. , Bluebook

๓. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

โครงการการเชื่อมโยงข้อมูลในอำเภอระนอง NCD one stop service

๔. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

- ๑) ให้ยึด PMQA เป็นหลักในการดำเนินงาน
- ๒) วางแผนเรื่องบุคลากร เช่น ความก้าวหน้าในตำแหน่ง การเตรียมคนให้มีความพร้อมรับตำแหน่งแทนผู้เกษียณ
- ๓) ปรับนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น telemedicine อาจต้องดูความจริงว่าบ้านผู้ป่วยบางคนอาจไม่ได้อยู่ไกลมาก อาจไม่จำเป็นสำหรับบางคน
- ๔) นำข้อมูลจากการ SWOT มาใช้ประโยชน์

๕. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ๑) มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และประเด็นยุทธศาสตร์ โดยมีกลยุทธ์และเป้าประสงค์ชัดเจน
- ๒) ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และควบคุมการปฏิบัติงาน
- ๓) บุคลากรคนในพื้นที่
- ๔) หน่วยบริการมีการรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอก



สรุปผลนิเทศ คปสอ.ระนอง รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖



๖. ประเด็นที่ควรติดตามกำกับ ซึ่งเป็นประเด็นโอกาสพัฒนาในการนิเทศงานฯ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

- ๑) การนำเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการงาน
- ๒) กระบวนการแก้ปัญหาทางาน NCD เช่น การคัดกรองที่ยังไม่ถึงเป้า
- ๓) ประเด็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ เช่น Stroke Fast Tract
- ๔) ในผู้สูงอายุ เพิ่มการค้นหากลุ่มเป้าหมายในการดูแลแต่ละกลุ่ม
- ๕) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ ว่ามาจากกลุ่มไหน เพื่อวางแผนในการเฝ้าระวังและปรับแผนในรอบ ๖ เดือน
- ๖) การเพิ่มการเข้าถึงการเจาะ HbA๑c ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

