



กองโรคไม่ติดต่อ
Division of Non Communicable Diseases

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน

NCD

CLINIC PLUS



กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

ที่ปรึกษา

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. นายแพทย์กฤษฏา หาญบรรเจิด | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค |
| 2. นางสาวฉัฐริวรรณ พันธุ์มุง | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค |

คณะบรรณาธิการ

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. นางสาวพนิดา เจริญกรุง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 2. นางหทัยชนก เกตุจุนา | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 3. นางสาวนิษฐา ศรีสวัสดิ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 4. นางสาววิชญาดา ทองเคิ่ง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 5. นางสาวศศิภรณ์ สารแสง | นักวิชาการสาธารณสุข |

รวบรวมและจัดทำโดย

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02 590 3867 โทรสาร 02 590 3893

คำนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเกิดโรค ถ้าหากไม่ให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงและควบคุมสภาวะโรคอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ส่วนสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว คือ การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อจัดการปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ และสนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ จึงได้พัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อด้วยกลไกการขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2559 และพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี 2560 ถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ภายใต้วงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินเชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข ปี 2562 ได้บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมบางส่วน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ทั้งยังเป็นการสนับสนุนการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพ และสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นองค์รวม ปี 2563 - 2564 ดำเนินการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และลดระยะเวลาการรวบรวมผลการประเมิน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล โดยสามารถบันทึกผลการประเมินผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลในภาพจังหวัด เขต และประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ปี 2565 เพิ่มการประเมินส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ที่นำวงจร PDCA มาปรับใช้ในการดำเนินงานใน NCD Clinic เพื่อแก้ปัญหาปรับปรุง พัฒนางาน หรือการพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และในปี 2566 - 2567 ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus โดยมีการปรับค่าน้ำหนักตามองค์ประกอบที่สำคัญ และปรับรายละเอียดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สำหรับปี 2568 กองโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus โดยมีการวิเคราะห์การบริการ ที่มุ่งเน้นเรื่องของ Effective coverage ที่แสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมของการได้รับการวินิจฉัย (Diagnosis) การเข้าสู่การรักษา (Treatment) และการควบคุมสภาวะของโรค (Controlled) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความร่วมมือของ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย เห็นความสำคัญของการจัดทำคู่มือเล่มนี้

ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการ จากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน ชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลรามาริบัติ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องไว้ ณ โอกาสนี้ ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงให้คำปรึกษาต่อการพัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง คณะผู้จัดทำหวังว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขต่อไป หากมีข้อบกพร่องประการใดของคู่มือนี้ทางคณะผู้จัดทำขออภัยเพื่อพัฒนาต่อไปให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
1. ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	1
2. แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	2
2.1 กลุ่มเป้าหมาย.....	2
2.2 องค์ประกอบการประเมิน.....	2
2.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน.....	4
2.4 กรอบเวลาการดำเนินงานประเมินคุณภาพ.....	5
NCD Clinic Plus (Time Frame)	
3. เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus	6
4. คำชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus	7
4.1 ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ.....	7
4.2 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ.....	16
4.3 ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ.....	26
4.4 ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI.....	28
4.5 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI.....	29
5. ภาคผนวก	31
5.1 แบบฟอร์มการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI.....	31
5.2 ตัวอย่าง Effective Coverage เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา.....	33
และควบคุมโรคไม่ติดต่อ	
5.3 แนวทางการให้บริการบำบัดบุหรืในคลินิกโรคไม่ติดต่อ.....	35
5.4 การคัดกรองและการจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	36
5.5 แหล่งการเรียนรู้เพิ่มเติม.....	37



แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

1.

ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี 2562-2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2563 และความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี 2563 การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่จำเป็นในการดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรค รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ พัฒนาคุณภาพการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2557 โดยยึดหลักการของ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ภายใต้วงจรการพัฒนางานคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ปี 2560 เพิ่มการประเมินเชิงผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ จึงเป็นที่มาของชื่อ NCD Clinic Plus ปี 2562 เพื่อให้การดำเนินงานครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น ได้บูรณาการเกณฑ์ประเมินร่วมกับการดำเนินงานคลินิกขลอสื่อม ปี 2563 พัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้เป็นการประเมินผ่านระบบ Online และเริ่มใช้ในปี 2564 เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ (Workload) เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (Real time) รวมถึงสามารถตรวจสอบความถูกต้องได้อย่างแม่นยำ เป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลในภาพจังหวัด เขต ประเทศ ปี 2565 พัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ มีการปรับรายละเอียดเกณฑ์การประเมินให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเป้าประสงค์ของแผนปฏิรูปประเทศ (big rock) ด้านสาธารณสุขที่เน้นให้เกิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและสำหรับผู้ป่วย ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ

ที่มีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัด และรายละเอียดในการประมวลผล นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มการประเมินส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม ส่งเสริมให้เกิดการปรับกระบวนการดำเนินงาน การสร้างนวัตกรรม แก้ไขปัญหาจากการให้บริการ นำไปสู่การลดเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากการพัฒนาและขับเคลื่อนการจัดระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2560 - 2567 ได้มีการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ซึ่งมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ (ระดับดีขึ้นไป) ดังนี้

- ปี 2560 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 888 แห่ง (จาก 896 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 43 (386 แห่ง)
- ปี 2561 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 891 แห่ง (จาก 896 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 64 (567 แห่ง)
- ปี 2562 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 894 แห่ง (จาก 896 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 72 (640 แห่ง)
- ปี 2563 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 894 แห่ง (จาก 898 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 (808 แห่ง)
- ปี 2564 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 896 แห่ง (จาก 899 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 67 (597 แห่ง)
- ปี 2565 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 898 แห่ง (จาก 901 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 65 (581 แห่ง)
- ปี 2566 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 899 แห่ง (จาก 901 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 73 (660 แห่ง)
- ปี 2567 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 900 แห่ง (จาก 903 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 77 (693 แห่ง)

สำหรับปี 2568 กองโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus โดยมีสาระวิเคราะห้การบริการ ที่มุ่งเน้นเรื่องของ Effective coverage ที่แสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมของการได้รับการวินิจฉัย (Diagnosis) การเข้าสู่การรักษา (Treatment) และการควบคุมสถานะของโรค (Controlled) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น

2. แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

2.1 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (กรณีโรงพยาบาลศูนย์สามารถประเมินในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง)
- โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M2, F1
- โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F2, F3

2.2 องค์ประกอบการประเมิน

การดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นแนวทางการประเมินตนเองของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก ซึ่งเกณฑ์ประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลตาม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เป็นการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD รวมจำนวนตัวชี้วัดทั้งสิ้น 13 ตัวชี้วัด ได้แก่

- (1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และควบคุมได้ตามเกณฑ์
- (4) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
- (5) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์
- (6) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥ 25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
- (7) ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
- (8) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- (9) ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (ภายใน 7 วัน)
- (10) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
- (11) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
- (12) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $<20\%$ ในไตรมาส 3, 4
- (13) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย

ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นการประเมินกระบวนการพัฒนางานที่จะทำให้กระบวนการทำงานมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยผ่านกระบวนการทบทวน ปัญหาสาเหตุ หรือโอกาสในการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า



2.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ไตรมาส	การดำเนินงาน
ไตรมาส 1 และ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลทบทวนผลการดำเนินงานปีงบประมาณที่ผ่านมาเพื่อหาโอกาสพัฒนา วางแผนการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) และจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ประจำปีงบประมาณปัจจุบัน 2. การประเมินรอบที่ 1 ผ่านแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online (http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th) <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาล ประเมินตนเองส่วนที่ 1 โดยใช้หลักการขั้นบันได (Milestone) - ผู้ดูแลระดับ CUP ร่วมประเมิน และตรวจสอบ - สสจ. และ สคร. ตรวจสอบ และยืนยันผลการประเมิน - ส่วนที่ 2 ระบบจะประมวลผลโดยใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ข้อมูล Freeze ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์
ไตรมาส 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมผู้ประเมินซึ่งกำหนดร่วมกันในเขตสุขภาพ (สคร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ลงประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินตนเอง ร่วมกันกับโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน โดยเน้นในรูปแบบการเยี่ยมชมเสริมพลังแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 2. ทีมผู้ประเมินคัดเลือก และส่งรายชื่อโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ดีเด่น เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขต ในการประกวด NCD Clinic Plus Awards ไปยัง กองโรคไม่ติดต่อ
ไตรมาส 4	<p>การประเมินรอบที่ 2 ผ่านแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online (http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th)</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาล ประเมินตนเองส่วนที่ 1 และแนบเอกสารส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) จำนวน 1 เรื่อง - ผู้ดูแลระดับ CUP ร่วมประเมิน และตรวจสอบ - สสจ. ตรวจสอบ และยืนยันผลการประเมินส่วนที่ 1 และประเมินให้คะแนนส่วนที่ 3 ของโรงพยาบาล - สคร. ตรวจสอบ และยืนยันผลการประเมินส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 - ส่วนที่ 2 ระบบจะประมวลผลโดยใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ข้อมูล Freeze ณ วันที่ 16 สิงหาคม

2.4 กรอบเวลาการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus (Time Frame)

ลำดับ	การดำเนินงาน	ระยะเวลา
1	ชี้แจงเกณฑ์และวิธีการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online	ไตรมาส 1
2	ลงทะเบียนเข้าใช้งานแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online	ม.ค.
3	การติดตามผลการประเมิน รอบที่ 1 ผ่านแบบประเมินออนไลน์	
	3.1 รพ.ประเมินตนเอง ในส่วนที่ 1 (6 องค์ประกอบ) และผู้ดูแลระดับ CUP ร่วมประเมิน และตรวจสอบ	1 - 31 ม.ค.
	3.2 สสจ. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของ รพ. ในพื้นที่รับผิดชอบ	1 ม.ค. – 14 ก.พ.
	3.3 สคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของ รพ. ในจังหวัดที่รับผิดชอบ	1 ม.ค. – 28 ก.พ.
	3.4 กองโรคไม่ติดต่อ ติดตาม ตรวจสอบ และสรุปผลการประเมินภาพรวมประเทศ	มี.ค.
การประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ใช้ข้อมูล HDC ที่ Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์		
4	การลงพื้นที่ประเมินรับรองการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาล	
	4.1 ทีมประเมินรับรอง (สคร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ประชุมทีมเพื่อวางแผนการลงพื้นที่เสริมพลังและพัฒนากิจการดำเนินงานของ รพ. ในพื้นที่รับผิดชอบ	ก.พ. – มี.ค.
	4.2 ทีมประเมินรับรองลงพื้นที่เสริมพลังและพัฒนากิจการดำเนินงานของ รพ. ในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมสรุปผลการลงพื้นที่	เม.ย. – มิ.ย.
	4.3 สคร. สรุปผลการลงพื้นที่ประเมินรับรองของ รพ. พร้อมผลการคัดเลือก รพ. ที่มีผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขตประกวด NCD Clinic Plus Awards ไปยังกองโรคไม่ติดต่อ	มิ.ย.
5	การคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ	
	กองโรคไม่ติดต่อคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ	ก.ค. - ส.ค.
การประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ใช้ข้อมูล HDC ที่ Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 กรกฎาคม		
6	การติดตามผลการประเมิน รอบที่ 2 ภายหลังจากประเมินรับรองผ่านแบบประเมินออนไลน์	
	6.1 รพ.ประเมินตนเอง ในส่วนที่ 1 (6 องค์ประกอบ) และแบบเอกสารส่วนที่ 3 (CQI)	1 มิ.ย. – 20 ก.ค.
	6.2 ผู้ดูแลระดับ CUP ร่วมประเมินและตรวจสอบส่วนที่ 1 (6 องค์ประกอบ) และส่วนที่ 3 (CQI)	1 มิ.ย. – 20 ก.ค.
	6.3 สสจ. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินส่วนที่ 1 และประเมินให้คะแนนส่วนที่ 3 (CQI) ของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตามเกณฑ์ประเมินฯ	1 มิ.ย. – 4 ส.ค.
	6.4 สคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 (CQI) ของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	1 มิ.ย. – 20 ส.ค.
	6.5 กองโรคไม่ติดต่อ ติดตาม ตรวจสอบ และสรุปผลการประเมินภาพรวมประเทศ	ส.ค. – ก.ค.
	การประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ใช้ข้อมูลจาก HDC ที่ Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม	

3.

เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

3.1 เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1

คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รวม 100 คะแนน จากการประเมิน 2 ส่วน ประกอบด้วย
ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (50 คะแนน)
ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน)

3.2 เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 2

คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รวม 100 คะแนน จากการประเมิน 3 ส่วน ประกอบด้วย
ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (40 คะแนน)
ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน)
ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI (10 คะแนน)



การผ่านเกณฑ์ประเมิน

ระดับสถานบริการ : โรงพยาบาลได้คะแนนประเมินรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน

ระดับเขตและประเทศ : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75*

หมายเหตุ * ค่าเป้าหมายร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2568

4.

คำชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

4.1 ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย			5	25	
1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย			1	5	
	1. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรค และปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของโรคไม่ติดต่อ โดยผู้บริหาร	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรค และปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุโดยคณะกรรมการ NCD board โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลร่วมกับ แหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้	2			
	3. มีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลได้รับรู้ทั่วถึงกัน	3			
	4. มีการวิเคราะห์ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย รวมถึงมีการประเมิน Effective coverage ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในการประชุมคณะกรรมการ NCD board ระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4			
	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จาก การดำเนินงานมาปรับให้ทันเหตุการณ์ สอดคล้องกับสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์ฉุกเฉิน	5			
1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมิน Effective coverage ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแล รักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน			1	5	
	1. มีการวางแผน, มีแผนปฏิบัติการ/กิจกรรม เพื่อป้องกัน และจัดการดูแล รักษาโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง) ภายในองค์กร	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมและงบประมาณที่ชัดเจนสอดคล้องกับ การทบทวน วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงานของทิศทาง นโยบาย เป้าหมายที่สอดคล้องกับแผนจังหวัด และ/หรือระดับกระทรวง	2			
	3. มีการกำหนดเป้าหมายของแผนปฏิบัติการและกิจกรรม และตัวชี้วัด ความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และ ปรับปรุง	4			
	5. มีแผนพัฒนาระดับการดำเนินงานในทุกคลินิกที่เกี่ยวข้องกับ โรคไม่ติดต่อ	5			

1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากร ความต้องการด้านทักษะ และวิชาการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อสนับสนุนความสำเร็จ การดำเนินงาน NCD Clinic Plus	2			
	3. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ/หรือ ได้รับการรับรอง ผ่านการอบรม	3			
	4. มีแผนจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม เพียงพอเพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานการณืปกติ และสถานการณืฉุกเฉิน	4			
	5. มีการจัดสรรบุคลากรทดแทนที่เหมาะสม เพียงพอ เพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานการณืปกติ และสถานการณืฉุกเฉิน	5			
1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เอื้อต่อการ เข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาและทีมผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน สำหรับการให้บริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ใน NCD Clinic	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาสำหรับการจัดกิจกรรม ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ/หรือ การให้บริการ คลินิกชะลอไตเสื่อมที่ชัดเจน	2			
	3. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ แต่ไม่เพียงพอ และ/หรือ สถานที่ไม่เหมาะสม ต่อการให้บริการ	3			
	4. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ และมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมต่อ การให้บริการ	4			
	5. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ และมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมต่อ การให้บริการ รวมถึงสามารถสนับสนุนให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ	5			
1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	2			
	3. มีแผนและดำเนินการติดตามประเมินผลให้บรรลุเป้าประสงค์ ทั้งในเรื่องของ Effective coverage ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และ ควบคุมโรค และการลดการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. มีผลการกำกับ ติดตาม อย่างเป็นระบบ อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	4			
	5. มีการนำผลการกำกับติดตามประเมินผลมาพัฒนา ปรับปรุงการ ดำเนินงาน	5			

องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ					
2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน ในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร					
1. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคลครบถ้วน - ทะเบียนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ - ทะเบียนการให้บริการ (การวินิจฉัย ผลทางห้องปฏิบัติการ ยา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ประเมินปัจจัยเสี่ยง) - ทะเบียนผลลัพธ์การดูแลรักษา (ภาวะแทรกซ้อน การควบคุมภาวะโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง) - ทะเบียนการดูแลต่อเนืองที่บ้าน	1	ข้อเสนอแนะ :			
2. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการแยกรายกลุ่มครบถ้วน - กลุ่ม Pre-DM, Pre-HT และกลุ่มสงสัยป่วย - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตา - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท้า (แยกตาม Stage) - กลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง (Stage 1-5) - กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk $\geq 20\%$ (แยกกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง)	2				
3. มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียน เพื่อใช้ประโยชน์ทางคลินิก ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม	3				
4. มีการนำผลการวิเคราะห์มาใช้สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ	4				
5. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5				
2.2 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Data Exchange) ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด			2	10	
1. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ	1	ข้อเสนอแนะ :			
2. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และสารสนเทศ ผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ และจังหวัด	2				
3. มีการใช้และตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับ อำเภอและจังหวัด	3				
4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการปรับปรุงแก้ไข	4				
5. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง	5				
2.3 มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยคำนึงถึง Effective coverage ในเรื่อง ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ			3	15	
1. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน 1-2 ครั้ง/ปี	1	ข้อเสนอแนะ :			
2. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	2				
3. มีการรายงานผลการวิเคราะห์ให้กับเครือข่ายบริการ และผู้บริหาร	3				
4. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานของ NCD Clinic Plus	4				
5. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เป็นข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหาร	5				

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ		11	55							
3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)		3	15							
1. มีการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางมาตรฐาน และลงทะเบียนแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และวินิจฉัยกลุ่มป่วย	1	ข้อเสนอแนะ :								
2. มีการค้นหาความเสี่ยง และประเมินโอกาสเสี่ยงให้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	2									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มเสี่ยง</th> <th>กลุ่มป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5)</td> <td>1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5) - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - สุขภาพช่องปาก</td> </tr> <tr> <td>2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)</td> <td>2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่มเสี่ยง				กลุ่มป่วย	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5)	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5) - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - สุขภาพช่องปาก	2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)	2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย									
1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5)	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5) - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - สุขภาพช่องปาก									
2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)	2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง									
3. มีการค้นหาสาเหตุของปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคภาวะแทรกซ้อน และการสื่อสารความเสี่ยงแก่ผู้รับบริการ (Know your numbers & Know your risk)	3									
4. มีการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	4									
5. มีการทบทวนและปรับปรุงทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง การวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าให้เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน	5									
3.2 การให้บริการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง		3	15							
1. มีการวิเคราะห์และคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการรายบุคคล และ/หรือ ผู้ดูแล	1	ข้อเสนอแนะ :								
2. มีการวางแผนการให้บริการเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง เผื่อระวังภาวะฉุกเฉินร่วมกับผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม และ/หรือ ผู้ดูแล	2									
3. มีการปฏิบัติตามแผนเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง การจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยยึดตามมาตรฐานแนวทางการให้บริการ และ/หรือ ส่งต่อคลินิกอื่น	3									
4. มีการติดตามประเมินผลการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง การจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม	4									
5. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพและกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง	5									

3.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย			2	10	
	1. มีระบบการรับ-ส่งต่อระหว่างเครือข่าย และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรับ-ส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	2			
	3. มีการวางแผนและดำเนินกิจกรรมตามแผนการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)	3			
	4. มีการติดตามและนำผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) มาทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	4			
	5. มีแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับแผนท้องถิ่น (อปท.) หรือแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขพ.)	5			
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			1	5	
	1. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีผู้ประสานงาน NCD Case Manager/ Coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	2			
	3. ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนและดำเนินการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล	4			
	5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	5			
3.5 การเชื่อมโยงเครือข่าย (Networking) ในการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข รวมถึงชุมชน เพื่อให้ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง			2	10	
	1. มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข	2			
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน	3			
	4. มีการติดตาม/ประเมินผลของผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบ (รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการนอกระบบสาธารณสุข)	4			
	5. มีการแจ้งผลการติดตาม และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่ายผ่านเวที และ/หรือ ช่องทางที่เหมาะสม	5			

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง		10	50	
4.1 การจัดการบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย		3	15	
1. มีการกำหนด Core Content (เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการไช้ยา การดูแลเท้า) ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	1	ข้อเสนอแนะ :		
2. มีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมากำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	2			
3. มีแผนและดำเนินการตามกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	3			
4. มีการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	4			
5. มีการติดตามและนำผลการดำเนินงานมาทบทวน เพื่อปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	5			
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล		3	15	
1. มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายกลุ่ม ด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม	1	ข้อเสนอแนะ :		
2. มีการสื่อสารข้อมูลการรักษา ระยะของโรค ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายบุคคลด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น คู่มือ สมุดสุขภาพ LINE Application เป็นต้น	2			
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการตนเองมาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	3			
4. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่บ้านระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ เช่น SMBG/SMBP และสามารถแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญให้แก่ทีมสหวิชาชีพ	4			
5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	5			
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม		2	10	
1. มีกลุ่ม/ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง	1	ข้อเสนอแนะ :		
2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สัมพันธภาพทางสังคมและการช่วยเหลือภายในกลุ่มเพื่อน	2			
3. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดของกลุ่ม/ชมรม ทั้งการจัดกิจกรรมรูปแบบปกติ และ/หรือ ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์	3			
4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรม	4			
5. มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของกลุ่ม/ชมรม	5			

4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			2	10	
	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ที่หลากหลายรูปแบบ เหมาะสมกับผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่	2			
	3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่ส่งผลดีต่อการจัดการตนเองของผู้มารับบริการ	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้สื่อ และ/หรือ เครื่องมือ ร่วมกับผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4			
	5. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	5			
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ			6	30	
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุม และโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ			3	15	
	1. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกระบวนการ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการครอบคลุมทุกระบวนการ (ตาม CPG นั้นๆ)	2			
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับในสถานบริการ และเครือข่าย	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)	4			
	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐาน เป็นระยะ เพื่อให้มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน	5			
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิกวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานเพื่อให้การปรึกษาเบื้องต้น แต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการกำหนดเกณฑ์การให้คำปรึกษาโดยสหวิชาชีพหรือตัวแทนในโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้ง รวมทั้งกำหนดช่องทางของการให้คำปรึกษา	2			
	3. มีการดำเนินงานตามระบบการให้คำปรึกษา	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายสม่ำเสมอ	4			
	5. มีการวิเคราะห์ปัญหาในการให้คำปรึกษาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพสถานบริการ และเครือข่ายทุกระดับ	5			
5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค			1	5	
	1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2			
	3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference / KM มาปรับปรุงกระบวนการงานจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	3			

5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค			1	5	
	4. มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มารวบรวมเป็นคลังความรู้	4	ข้อเสนอแนะ :		
	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวกหลายช่องทางเช่น Social Media Website	5			
องค์ประกอบที่ 6 การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน			10	50	
6.1 การสนับสนุนทิศทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน			2	10	
	1. มีการส่งคืนข้อมูลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพและชุมชน	2			
	3. มีจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน โดยเครือข่ายบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ร่วมกัน	3			
	4. มีการดำเนินงานตามแผนและประเมินผลการดำเนินงานครบทุกแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	4			
	5. มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			
6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน			2	10	
	1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการ ตามแผนงานที่วางไว้	2			
	3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค	4			
	5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	5			
6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน			2	10	
	1. มีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ และสามารถระบุปัญหา และรากเหง้าของปัญหาของชุมชนที่ต้องจัดการ เพื่อสร้างเป็นนโยบายสาธารณะ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแผนงานโครงการหรือแผนกิจกรรม เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักโรคไม่ติดต่อ	2			
	3. มีการผลักดันให้เกิดการใช้นโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การทำประชาคมตีในชุมชน, การทดลองใช้นโยบายในบางพื้นที่	3			
	4. มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ	4			
	5. มีการบูรณาการนโยบายสาธารณะร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			

6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ที่ดำเนินการเอง	2			
	3. มีกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ และ/หรือ กลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรม อย่างต่อเนื่อง	5			
6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของ อสม.			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพมีแผนงานสนับสนุนให้ อสม. มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. อสม. มีเป้าหมายการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	2			
	3. อสม. ดำเนินการตามแผนอย่างน้อยร้อยละ 50	3			
	4. เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ อสม.	4			
	5. เครือข่ายบริการสุขภาพมีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานร่วมกับ อสม.	5			
คะแนนรวม			50	250	

การคิดคะแนน ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

รอบที่ 1 (50 คะแนน)

$$\text{คะแนนรวม} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times 50}{250}$$

รอบที่ 2 (40 คะแนน)

$$\text{คะแนนรวม} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times 40}{250}$$

4.2 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย

การประเมินทิศทาง และนโยบายจะประกอบด้วย NCD Board การวางแผนปฏิบัติการ การตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ และการติดตามความก้าวหน้า ทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์ ตามรายละเอียดดังนี้

1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย

การกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการโรคไม่ติดต่อที่เน้นการป้องกันควบคุมไปกับการรักษา เพื่อลดโรค โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของโรคไม่ติดต่อ โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น งานวิจัย การสำรวจ เป็นต้น เพื่อใช้ในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ NCD board ระดับอำเภอได้มีส่วนร่วมผ่านการประชุมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีสรุปรายงานการประชุม ติดตามผลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข วิเคราะห์ช่องว่าง (GAP) เพื่อการพัฒนาปรับทิศทาง และเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อการลดปัญหาและมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการ ให้บริการโรคไม่ติดต่อ

ทั้งนี้จะต้องมีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ ต้องมีการประกาศ การประชุม ให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสาธารณสุขรับรู้ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการพัฒนา NCD Clinic Plus อย่างทั่วถึง

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน หนังสือคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและบทบาทรับผิดชอบ รายงานการประชุม NCD board เป็นต้น

1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมิน Effective coverage ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน

การวางแผนปฏิบัติการจะต้องมีผู้รับผิดชอบ ทีมที่รับผิดชอบในการเชื่อมโยงแผนปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการมีการวิเคราะห์ปัญหา (GAP analysis) และชี้เป้าปัญหาอย่างมีส่วนร่วม มีการนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการโดยที่แผนปฏิบัติการ กิจกรรม จะต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่วัดได้ และตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงกระบวนการ ทิศทาง นโยบายรวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน

หมายเหตุ :

- 1) เป็นแผนที่สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ในข้อ 1.1
- 2) ทรัพยากรในที่นี้ รวมถึง คน เงิน ของ
 - มีการวิเคราะห์ GAP ทั้ง 6 องค์ประกอบ
 - มีการกำหนดยุทธศาสตร์ตาม SWOT analysis ที่ได้
 - มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus (ปิด GAP)

3) แผนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ Contracting Unit for Primary Care (CUP)

คือ แผนการวางระบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้ตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และเชื่อมโยงกิจกรรมดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นองค์รวม ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ โดยการกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วมและนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

4) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คือ แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน มีการบูรณาการและประสานความร่วมมือ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

5) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)

คือ แผนการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ให้เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างการเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยมุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นเป้าหมายสูงสุด ประชาชนมีส่วนร่วมและสามารถพึ่งตนเองได้ และที่สำคัญต้อง ปรับกลวิธีการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการของพื้นที่

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนปฏิบัติการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ ต้องเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรที่จำเป็น รวมถึงทักษะความรู้วิชาการที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนงานคลินิกโรคไม่ติดต่อและงานชะลอไตเสื่อมของสถานบริการสาธารณสุข และนำไปสู่การกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพและแผนจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ หรือมีการบริหารจัดการหาคะลากรมาทดแทนในการทำงานได้ โดยบุคลากรจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ/หรือ ได้รับการรับรองผ่านการอบรม เช่น หลักสูตร Case Manager (CM) หลักสูตร System Manager (SM) หรือ ผ่านมาตรฐานผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน Certified Diabetes Educator (CDE) เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องและราบรื่น

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

- แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (แผนการฝึกอบรม หรือส่งบุคลากรฝึกอบรม), แผนการจัดสรรบุคลากร เป็นต้น
- เอกสารรับรองการพัฒนาศักยภาพ และ/หรือ ได้รับการรับรองผ่านการอบรม

1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus

การจัดสถานที่ในการให้บริการจะต้องมีพื้นที่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ สะดวก เป็นสัดส่วน และเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยมีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ และกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการมีจำนวนเพียงพอ และสามารถนำไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งาน และมีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์โดยมีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องโดยมีการแบ่งเกณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอมีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งานตามระดับของโรงพยาบาล ดังนี้

เครื่องมือ	ระดับโรงพยาบาล		
	A, S, M1 (จำนวนเครื่อง)	M2, F1 (จำนวนเครื่อง)	F2, F3 (จำนวนเครื่อง)
1. เครื่องมือชั่งน้ำหนัก/ที่วัดส่วนสูง	1	1	1
2. เครื่องมือวัดความดันโลหิต	2	2	2
3. สายวัดเอว	2	2	2
4. Monofilament สำหรับตรวจเท้า	10	10	5
5. fundus camera	2	1	3 แห่ง/1 เครื่อง
6. เครื่อง ABI	1	0	0

หากโรงพยาบาลมีเครื่องมือ และอุปกรณ์ไม่เพียงพอตามข้อมูลข้างต้น ควรมีการบริหารจัดการหรือจัดหาเครื่องมือ และอุปกรณ์จากหน่วยบริการในเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ของหน่วยงาน, รายงานการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ เป็นต้น

1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus

การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานจะต้องมีการทบทวนทิศทางการดำเนินงานทุกไตรมาส และนำผลการติดตามไปปรับปรุงเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีการติดตามแผนงานโครงการตามที่ตั้งไว้ในแผน และมีแผนการติดตามนิเทศเครือข่าย

* การประเมิน Effective coverage เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ในการทำงานโดยสามารถ นำข้อมูลพื้นที่เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศเพื่อแสดงถึงจุดอ่อน และจุดแข็ง ของแต่ละโรงพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรค

* ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จะต้องกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุกไตรมาส

* กลไกในการดำเนินงาน เช่น การประชุมบอร์ด การประชุมทีมงาน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ เป็นต้น

หมายเหตุ: ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายจากข้อ 1.1

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

รายงานการประชุม สรุปผลการประเมิน แผนการปรับปรุงการทำงาน และแผนผังกำหนดงาน (Gantt chart) เป็นต้น

****ผู้ที่รับการสอบถามในองค์ประกอบที่ 1:**

ผู้บริหารโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ NCD case manager หรือ NCD Coordinator ผู้รับผิดชอบ
ผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus

องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย การมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ครบถ้วน และสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่ายสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร

ระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรค โดยชุดทะเบียนข้อมูล ประกอบด้วย

1) ทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคล

- ทะเบียนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- ทะเบียนการให้บริการ ประกอบด้วย ข้อมูลการวินิจฉัย ผลทางห้องปฏิบัติการ ยา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ประเมินปัจจัยเสี่ยง
- ทะเบียนผลลัพธ์การดูแลรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน การควบคุมภาวะโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- ทะเบียนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2) ทะเบียนข้อมูลการให้บริการแยกรายกลุ่ม

- กลุ่ม Pre-DM, Pre-HT และกลุ่มสงสัยป่วย
- กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง
- กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
- กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตา
- กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท้า (แยกตาม Stage)
- กลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง (Stage 1-5)
- กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk $\geq 20\%$ (แยกกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง)

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

ทะเบียน 43 แฟ้ม, Excel file ที่หน่วยบริการสร้างเพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลของตนเองสมุดทะเบียนการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ Health data center อำเภอ และ Health data center จังหวัด

ในระดับอำเภอจะต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่าง Health Data Center อำเภอ และ Health Data Center จังหวัด โดยต้องมีการใช้ data exchange ตรวจสอบข้อมูลและระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด รวมทั้งมีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบให้หน่วยบริการแก้ไข และปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

ระบบ Data Exchange ใน HDC ของสถานบริการสาธารณสุข, Excel file ที่ Export จากระบบ Data Exchange เป็นต้น

2.3 มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยคำนึงถึง Effective coverage ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานและการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ การดูแลรักษา และออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งในรายบุคคล กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ รวมไปถึงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล ที่เป็น Minimum Data Set ดังนี้

- 1) ข้อมูลคัดกรอง DM, HT ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ BMI รอบเอว เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่
- 2) อัตราการวินิจฉัยรายใหม่ DM และ HT
- 3) ความชุก DM และ HT
- 4) ชุดข้อมูลคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า
- 5) ชุดข้อมูลคุณภาพบริการ (ผู้ป่วยที่ควบคุมได้ และควบคุมไม่ได้)
- 6) ข้อมูลประเมิน CVD Risk กลุ่มเสี่ยงสูง CVD
- 7) ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มป่วย ได้แก่ BMI รอบเอว เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือ อัตราการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

สรุปประเด็นสำคัญ:

การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม เช่น จากระบบทะเบียน มาจัดทำประมวลผล ให้อยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ ที่สามารถนำไปใช้งานได้ เช่น จำนวน อัตรา สัดส่วน ความชุก เป็นต้น และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งอื่นที่น่าเชื่อถือ เช่น การนำข้อมูลการวิจัย การสำรวจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพ ระบาดวิทยา เป็นต้น เพื่อนำมาใช้อธิบายการเกิดของเหตุการณ์เชิงพรรณนาของบุคคล เวลา สถานที่

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลป่วยโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข, รายงานผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus รอบ 6 เดือน/ประจำปี, รายงานผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus สำหรับผู้บริหาร เป็นต้น

**ผู้ที่รับการสอบถามในองค์ประกอบที่ 2:

NCD case manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

ระบบและกระบวนการบริการ ประกอบด้วย การให้บริการคัดกรองค้นหาความเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การประเมินโอกาสเสี่ยงให้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การให้การวินิจฉัย การจัดการบริการที่มีมาตรฐานตามระยะโรค มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ มีระบบรับ-ส่งต่อระหว่างเครือข่ายให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงมีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ)

การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาและลงทะเบียนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งนำไปสู่การค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยงทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การสื่อสารความเสี่ยงแก่ผู้รับบริการ (Know your numbers & Know your risk) รวมไปถึงการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและวินิจฉัยกลุ่มป่วย จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน มีทบทวนและปรับปรุงทะเบียนให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดการค้นหาและประเมินโอกาสเสี่ยง ดังนี้

กลุ่มเสี่ยง

- 1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5)
- 2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)

กลุ่มป่วย

- 1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5), โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q), สุขภาพช่องปาก
- 2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
- 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง
- 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ :

ความเสี่ยง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ เช่น พฤติกรรมเสี่ยง การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

โอกาสเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดโรค ซึ่งในโรคไม่ติดต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงรวมหลายอย่าง จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมากขึ้น

3.2 การให้บริการเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง

การให้บริการตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคล และ/หรือ ผู้ดูแล เพื่อวางแผนให้บริการเพื่อการจัดการโรค การจัดการเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังและจัดการกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน และให้บริการตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานตามระยะโรค รวมถึงมีการคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อรับทราบข้อมูลและใช้ในการดูแลจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

3.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย

ระบบการส่งต่อ มีแนวทางการดำเนินงานส่งต่อทั้งไปและกลับของสถานบริการแต่ละระดับ (เกณฑ์ในการส่งต่อ การประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และการรับเลื่อนนัดผู้ป่วย มี Flow Chart การดำเนินงาน) และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ เกณฑ์ในการติดตามดูแล แผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การจัดตารางเวลาออกให้บริการ การกำหนดทีมให้บริการที่ชัดเจน และการติดตามผลการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการรักษาใน Family Folder ของผู้ป่วย กรณีที่ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

มีการแต่งตั้งผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager หรือ Coordinator) และทีมสหวิชาชีพ ในการบริหารจัดการ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และมีการประสานการบริการดูแลเชื่อมโยงในภาพรวม

สรุปประเด็นสำคัญ:

ข้อ 3.4 เน้นเรื่องผู้ประสานงาน ให้เป็นรูปแบบของ บุคคล ทีมประสานและมีคณะทำงานของทีมสหวิชาชีพ ในการดำเนินงาน

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

คำสั่งแต่งตั้งผู้ประสานงาน NCD Case Manager, รายชื่อและเบอร์ติดต่อ NCD Case Manager ของสถานบริการ สาธารณสุข เป็นต้น

3.5 การเชื่อมโยงเครือข่าย (Networking) ในการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ ของสถานบริการทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงชุมชน เพื่อให้ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

มีเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงกับสถานบริการ สาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนรวมถึง มีแนวทางปฏิบัติ การติดตามประเมินผล การแจ้งผลการติดตามการดูแลรักษา และส่งต่อระหว่างเครือข่ายในการดูแล โรคไม่ติดต่อ โดยเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 3:**

NCD case manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus, ผู้รับผิดชอบงานเวชกรรมสังคม

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยส่งเสริม ความรู้ทักษะที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย รวมถึงมีกระบวนการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการ ตัดสินใจและจัดการตนเอง ช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การจัดการบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็น ต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องกำหนดเนื้อหาสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเองที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการทั้ง รายกลุ่มและรายบุคคล เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า เป็นต้น ทั้งนี้ จัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแผน และกิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้ตามปัญหาผู้รับบริการ มีการ ดำเนินการตามแผน และติดตามผลเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

ดูจากเอกสารการติดตามการจัดการรายกรณี

4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

การสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยมีช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น สมุดสุขภาพ LINE Application เป็นต้น เพื่อใช้ในการให้ข้อมูลด้าน สุขภาพ การรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการบันทึกติดตามผลการดูแลตนเอง สามารถนำผลมาวางแผนการดูแลร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ และนำไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวทาง/Flow chart กระบวนการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษาและการจัดการตนเองแก่ ผู้รับบริการ เป็นต้น

4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเองในการทำหน้าที่ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม

การสนับสนุนการจัดการตนเองให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี โดยมีการจัดกลุ่ม/ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง มีแผนการดำเนินกิจกรรมและดำเนินการตามแผน รวมทั้งมีการประเมินผลการดำเนินงาน และนำผลมาพัฒนาแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการได้ทั้งการจัดกิจกรรมในรูปแบบปกติหรือการกิจกรรมในรูปแบบที่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการจัดกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมเพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง, ภาพกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมที่สนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นต้น

4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

สถานบริการสาธารณสุขมีสื่อ/เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น Lab fundus camera, SMBP, SMBG เป็นต้น และเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่ไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น คอมพิวเตอร์ รวมทั้งมีสื่อที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น แผ่นพับ ตารางคู่มือ รูปแบบของเม็ดยา วิธีการฉีดยา เป็นต้น ที่มีรูปแบบหลากหลาย เหมาะสมกับผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ควรมีการประเมินผลการใช้สื่อ/เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและคิดค้นนวัตกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพผู้รับบริการ

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการดำเนินงานที่มีรูปแบบการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยมีการวางแผนติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 4:**

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus และผู้รับบริการ

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ประกอบด้วย มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษา รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลและจัดการโรค มีรายละเอียดดังนี้

5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ

แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมกระบวนการการดำเนินงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ได้แก่

- 1) การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 2) การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 3) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อ
- 4) การให้ความรู้ และการดูแลตนเองขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
- 5) การดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ

ทั้งนี้ต้องมีการชี้แจง สื่อสารให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับให้รับทราบ มีการประเมินผลและทบทวนปรับปรุงแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเป็นระยะ

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิก รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข

ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่าง ผู้เชี่ยวชาญ/สถานบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการคลินิก/สถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย โดยมีทีมประสานงาน ทีมให้คำปรึกษาที่กำหนดบทบาทหน้าที่ ช่องทางการประสานงาน และมี Flow Chart ของการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งนี้ควรมีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษา และทบทวนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวทาง/Flow Chart การประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างเครือข่ายบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.3 Chronic Case Conference/KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค

การดำเนินกิจกรรม Chronic Case Conference/KM โดยการจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ มีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำผลมาปรับปรุงกระบวนการจัดบริการ รวมทั้งนำผลการเรียนรู้และนวัตกรรม มารวบรวมเป็นคลังความรู้ โดยกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้สะดวกหลายช่องทาง เช่น Social Media Website เป็นต้น

สรุปประเด็นสำคัญ:

Case Conference/KM เพื่อองค์ความรู้ ข้อค้นพบใหม่ ที่ได้จากกระบวนการทำงาน ซึ่งข้อค้นพบใหม่นี้ คือการอธิบายผลการทำงานที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดหมายทั้งที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ แต่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานให้ดีขึ้นกว่าเดิม และปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นโดย Case Conference โดยมากจะเป็นกรณีตัวอย่าง ส่วน KM เป็นการถอดบทเรียนผ่านการประชุม

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

รายงานสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค, คลังความรู้การดูแลและจัดการโรคของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

****ผู้รับสารสัมพันธ์ในองค์ประกอบที่ 5:**

NCD Case Manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus, ผู้รับผิดชอบเวชกรรมสังคม

องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย การสนับสนุนทิศทางนโยบายในการลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพและสนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 การสนับสนุนทิศทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน

การสนับสนุนทิศทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรค โดยมีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.) ได้รับทราบและมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน เช่น 3อ.2ส. การสร้างผู้นำการออกกกำลังกายในชุมชน ให้ความรู้ร้านค้า ลด หวาน มัน เค็ม เป็นต้น ทั้งนี้ควรมีการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามแผน และติดตามการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เข้ามามีส่วนร่วม

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน เป็นต้น

6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนหรือร่วมดำเนินการกับชุมชนในการจัดทำแผนโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดเสียงลดโรค เช่น จัดสภาพแวดล้อมเรื่องขยะ น้ำ ตลาด เป็นต้น และมีแผนงานการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน มีการติดตามผลการดำเนินงาน และนำผลมาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน/โครงการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน, ภาพกิจกรรม เป็นต้น

6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

ชุมชนมีการดำเนินนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น โดยมีแนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคม และกายภาพ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มุ่งเน้นให้ประชาชนมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ความสงบสุข ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ และสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันในสังคม ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาจากหลายฝ่าย ได้แก่ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และตัวบุคคล

6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายบริการสุขภาพให้การสนับสนุน 3 M (คน เงิน ของ) หรือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ดำเนินงานจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ โดยชุมชนมีการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรม ที่มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรม มีแผนงาน มีการดำเนินการตามแผน โดยเฉพาะกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง เพื่อให้คนในชุมชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบในชุมชน ทั้งนี้ควรมีติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรม อย่างต่อเนื่อง

หมายเหตุ : เครือข่ายบริการสุขภาพ ต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม และต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 20 คน ต่อชมรม

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

ภาพการจัดกิจกรรม/กลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของ อสม

เครือข่ายบริการสุขภาพสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยร่วมกันจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีการดำเนินการตามแผน ติดตาม และทบทวนกระบวนการทำงาน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการดูแลติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ ภาพกิจกรรม เป็นต้น

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 6:**

เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู และผู้นำชุมชน

4.3 ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				1	2	3	4	5		
1. ร้อยละการตรวจติดตามยีนยีนวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	≥70	5	<55	55	60	65	≥70	25	
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	ร้อยละ	≥85	2	<70	70	75	80	≥85	10	
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และควบคุมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ	≥55	2	<40	40	45	50	≥55	10	
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	≥40	4	<25	25	30	35	≥40	20	
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ	≥60	4	<45	45	50	55	≥60	20	
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ	≥5	4	<-2.5	-2.5	0	2.5	≥5	20	
7. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	≤2	4	>8	8	6	4	≤2	20	
8. ร้อยละการตรวจติดตามยีนยีนวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	≥85	5	<70	70	75	80	≥85	25	
9. ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (ภายใน 7 วัน)	ร้อยละ	≥25	4	<10	10	15	20	≥25	20	
10. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	≥60	4	<45	45	50	55	≥60	20	
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	≥80	4	<65	65	70	75	≥80	20	
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < 20% ในไตรมาส 3, 4	ร้อยละ	≥50	4	<35	35	40	45	≥50	20	
13. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ขะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ	≥69	4	<63	63	65	67	≥69	20	
คะแนนรวม			50						250	

การคิดคะแนน ส่วนที่ 2 ประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ

รอบที่ 1 (50 คะแนน) ประมวลผลโดยใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ข้อมูล Freeze ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ : คิดคะแนนจำนวน 12 ตัวชี้วัด เนื่องจากตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk $< 20\%$ ในไตรมาส 3, 4 ยังไม่มีผลงาน ดังนั้นจะไม่คิดคะแนนตัวชี้วัดนี้ในการประเมินรอบที่ 1

$$\text{คะแนนรวม} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times 50}{230}$$

รอบที่ 2 (40 คะแนน) ประมวลผลโดยใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ข้อมูล Freeze ณ วันที่ 16 สิงหาคม : คิดคะแนนจำนวน 13 ตัวชี้วัด

$$\text{คะแนนรวม} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times 40}{250}$$

4.4 ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI

การประเมินให้คะแนน ประกอบด้วย 3 ด้าน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยผ่านกระบวนการทบทวน ปัญหาสาเหตุ หรือโอกาสในการพัฒนาปรับปรุง กระบวนการดำเนินงาน และโรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI จำนวน 1 เรื่อง โดยเป็นผลงานในปีงบประมาณปัจจุบัน หรือ เป็นการพัฒนาต่อยอดผลงานเดิมที่ผ่านมาในรูปแบบ PDCA ที่มีผลลัพธ์ในปีงบประมาณปัจจุบัน และแนบไฟล์ในระบบประเมิน Online ในรูปแบบไฟล์ PDF ทั้งนี้สามารถเลือกประเด็นที่ดำเนินการพัฒนา ได้แก่

- ด้านที่ 1 ระบบสารสนเทศ (Information System)
- ด้านที่ 2 การปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)
- ด้านที่ 3 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support)
- ด้านที่ 4 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI			14	50	
1.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ			4	20	
	1. ทบทวนสถานการณ์ (Current Situation) ปัญหาจากข้อมูลหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือตามกระบวนการที่ปฏิบัติจริงเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนางาน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (Problem Analysis) จากกรทบทวนสถานการณ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัญหา และผลที่ตามมา รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	2			
	3. กำหนดเป้าหมายของทางเลือกที่จะพัฒนางานที่ชัดเจน วัดได้ รวมถึงการกำหนดเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน แรงเสริม แรงต้าน และผลลัพธ์ของเป้าหมายที่ชัดเจน วัดได้จริง	3			
	4. กำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงานที่เลือก จัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทำ (Action plan)	4			
	5. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และมีการติดตาม (monitor) ตามระยะเวลาที่กำหนด รวบรวมปัญหา ข้อเสนอแนะ รวมทั้งติดตามประเมินผลและจัดทำแผนงานในปีต่อไป (ตามรูปแบบ PDCA)	5			
1.2 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ			5	15	
	1. ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	2			
	3. ผลลัพธ์เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้	3			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
1.3 การนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า			5	15	
	1. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ	2	ข้อเสนอแนะ :		
	2. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลาย ๆ หน่วยงาน				
	3. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลาย ๆ หน่วยงาน มีการเผยแพร่ในเวทีภายนอกโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นต้นแบบให้กับสถานบริการอื่น	3			

การคิดคะแนน ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI (10 คะแนน)

การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยจะนำมาคิดคะแนนเฉพาะการประเมินรอบที่ 2

$$\text{คะแนนรวม} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times 10}{50}$$

4.5 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI)

การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นการมองหาโอกาสในการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยกระบวนการแก้ไขปัญหา ข้อมูล ความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พัฒนาต่อยอดตามรูปแบบ PDCA รายละเอียด ดังนี้

1.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ทบทวนสถานการณ์ ปัญหาตามกระบวนการที่ปฏิบัติจริง เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนางาน กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาจากการทบทวนสถานการณ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัญหา เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมายการพัฒนาให้ชัดเจน สามารถวัดผลลัพธ์ได้จริง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยกำหนดกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ รวมถึงการกำหนดเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน แรงเสริม แรงต้าน ระยะเวลาในการดำเนินการแต่ละขั้นตอนนี้ทุกกิจกรรม จากนั้นดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ และจะต้องมีการติดตามประเมินผลเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากข้อมูลก่อนและหลังการปรับปรุง โดยตรวจสอบว่ามีปัญหา แนวทางการแก้ไข ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดตามรูปแบบ PDCA เพื่อวางแผนการทำงานในอนาคต

1.2 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ

ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพเป็นการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย โดยนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่วางไว้ตามวัตถุประสงค์ของแผนงานและโครงการ

- ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เป็นการวัดที่ไม่สมบูรณ์แบบตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่เน้นให้เห็นถึงการพัฒนา
- ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการวัดที่สมบูรณ์แบบตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงคุณภาพที่ดีขึ้น
- ผลลัพธ์เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการวัดที่สมบูรณ์แบบเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้

1.3 การนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า

ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางที่เป็นมาตรฐานตามระยะโรค และมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ปรับใช้ได้กับหลายๆ หน่วยงาน รวมทั้งมีการเผยแพร่ภายนอกโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นต้นแบบให้กับสถานบริการอื่น และผลงานสามารถพัฒนาต่อยอดได้ในอนาคต

5.1 แบบฟอร์มการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI

แบบฟอร์มการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI

1. ชื่อหน่วยงาน.....
2. ชื่อเรื่อง.....
3. ประเภทการพัฒนา
 - ด้านที่ 1 ระบบสารสนเทศ (Information System)
 - ด้านที่ 2 การปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)
 - ด้านที่ 3 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support)
 - ด้านที่ 4 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)
4. กระบวนการพัฒนา
 - 4.1 สถานการณ์ ปัญหา

คำอธิบาย สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จากข้อมูลหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือ อ้างอิงข้อมูลสถิติตามกระบวนการที่ปฏิบัติจริง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนางาน

.....

.....
 - 4.2 ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

คำอธิบาย กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา จากการทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Fish bone, mind map, Tree diagram ฯลฯ

.....

.....
 - 4.3 วัตถุประสงค์

.....

.....
 - 4.4 ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

.....

.....
 - 4.5 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

.....

.....

5. ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ

(เขียนเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนทำงานกระทั่งทำเสร็จแล้วมีผลและข้อแตกต่างกันอย่างไรบ้างที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงาน)

.....
.....

6. ปัญหา-อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา

.....
.....

7. ข้อเสนอแนะ และโอกาสในการพัฒนา

.....
.....

8. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....
.....

หมายเหตุ

การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษและขนาดตัวอักษร

- เนื้อหาวิชาการควรมีความยาว 2 – 5 หน้ากระดาษ A4 ในรูปแบบไฟล์ PDF ขนาดไฟล์ไม่เกิน 5 MB
- ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร, ขอบขวา 2 เซนติเมตร
- ขอบบน 2.5 เซนติเมตร, ขอบล่าง 2 เซนติเมตร
- ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16

5.2 ตัวอย่าง Effective Coverage เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การประเมิน Effective coverage เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ในการทำงานโดยสามารถ นำข้อมูลพื้นที่เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศเพื่อแสดงถึง จุดอ่อน และจุดแข็ง ของแต่ละโรงพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรค

ตัวอย่าง สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล

จำนวน (คน)	จำนวนประชากร (คน)			
	ปีงบประมาณ....	ปีงบประมาณ....	ปีงบประมาณ....	ที่มาของข้อมูล
A. ประชากรรับผิดชอบที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งหมด				
B. ประชากรรับผิดชอบที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งหมด				
C. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ณ วันที่เริ่มต้น ปีงบประมาณ				
D. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดตลอดปีงบประมาณ				
E. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบที่มารับบริการ ≥ 1 ครั้ง ตลอด ปีงบประมาณ				
F. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมความดัน ได้ดีจากการวัดความดันครั้งสุดท้าย ตลอด ปีงบประมาณ				
G. ประชากรเป้าหมายการคัดกรองความดัน โลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ตลอดปีงบประมาณ				
H. ประชากรที่ได้รับการคัดกรองความดัน โลหิตสูง				

ผู้บันทึกข้อมูล.....วัน/เดือน/ปี.....

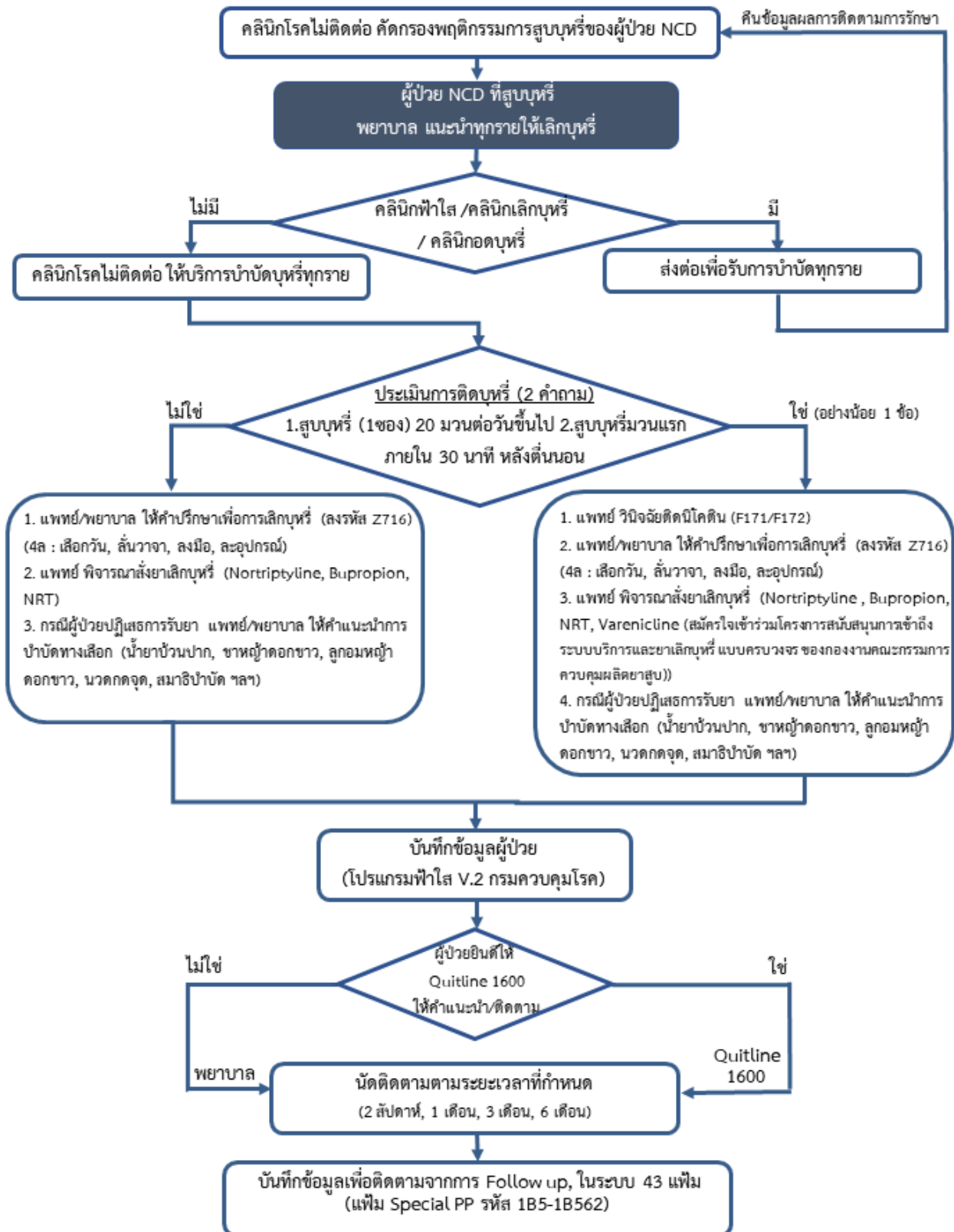
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ของ ร.พ.....

- อัตราตายทุกสาเหตุของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ
(.....คน ต่อ 1000 ประชากร-ปี)
- อัตราตายทุกสาเหตุก่อนวัยอันควรของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ
(.....คน ต่อ 1000 ประชากร-ปี)
- อุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง (รายใหม่) ในปีงบประมาณ.....(เทียบกับ NHES ชาย 13.6 หญิง 16.8
รวม 15.3 ต่อ 1000 ประชากร-ปี)
- ผู้ป่วยรายใหม่ อัมพาต (ต่อแสนประชากร) และ ร้อยละ ตายจาก อัมพาต
- ร้อยละ ผู้ป่วยรายใหม่ โรคหัวใจ-หลอดเลือด และ ร้อยละ ตายจากโรคหัวใจ-หลอดเลือด

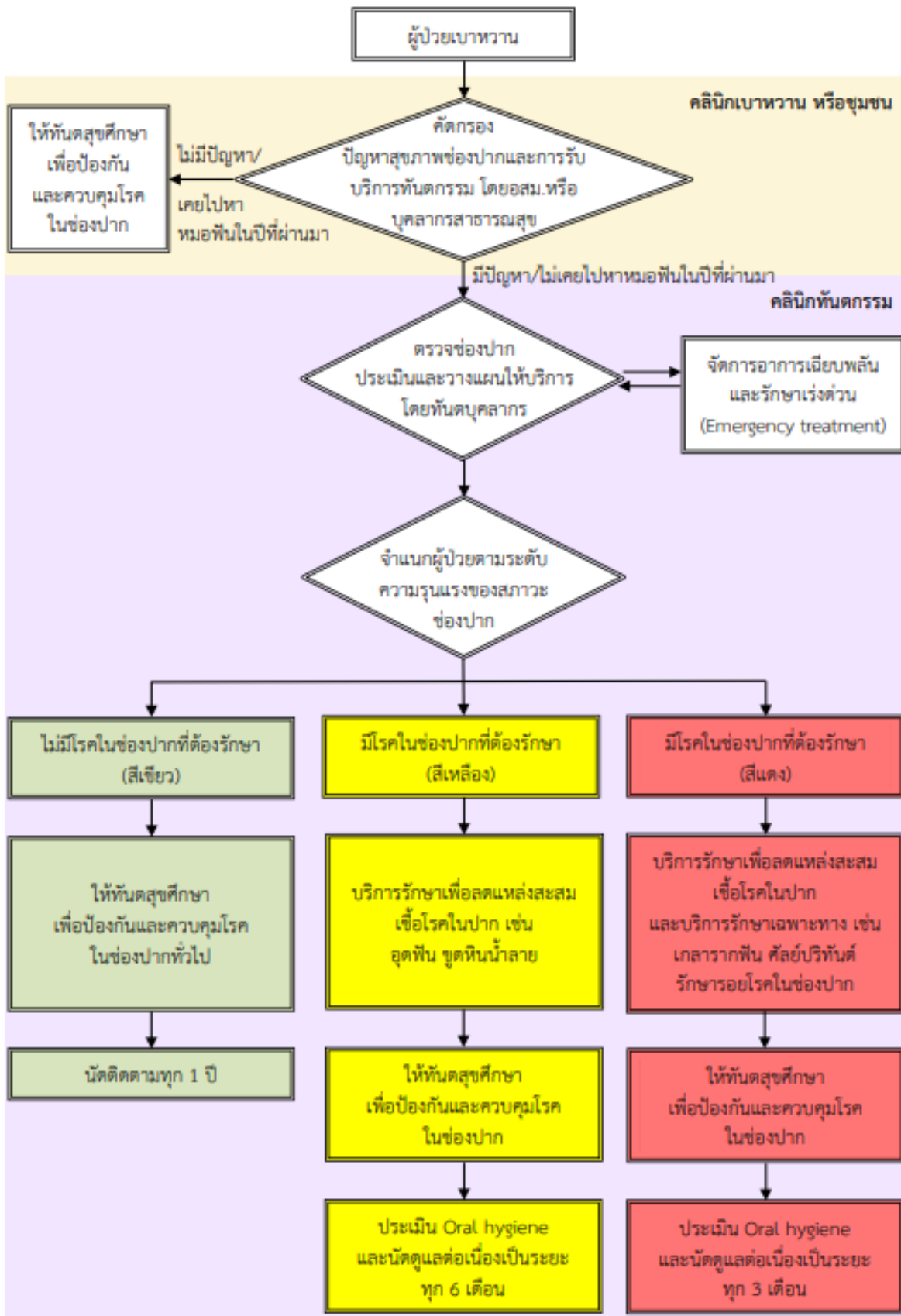
ผู้บันทึกข้อมูล.....วัน/เดือน/ปี.....

ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2568

5.3 แนวทางการให้บริการบำบัดบุหรืในคลินิกโรคไม่ติดต่อ



5.4 การคัดกรองและการจัดบริการสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวาน



ที่มา: แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข

5.5 แหล่งการเรียนรู้เพิ่มเติม

- 1) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ. สารระความรู้. เข้าถึงได้จาก: <https://dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkh-l-thawpi>
- 2) สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. คลังความรู้. เข้าถึงได้จาก: <https://thaide.org/>
- 3) สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihypertension.org/>
- 4) การประเมิน Effective coverage เกี่ยวกับการวินิจฉัย รักษา และควบคุมโรคไม่ติดต่อ



1) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ



2) สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน



3) สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย



4) การประเมิน Effective coverage