



กรมควบคุมโรค
กองโรคไม่ติดต่อ



คู่มือแนวทางการดำเนินงาน

NCD

Clinic Plus

ปี 2563



กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563

ISBN : 978-616-11-4185-1

คณะที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์อัษฎางค์ รวยอาจิณ | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค |
| 2. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค |

คณะบรรณาธิการ

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ |
| 2. นางสาวณัฐฉิราวรรณ พันธมิ่ง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 3. นางสาวหทัยชนก ไชยวรรณ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 4. นางสาวธำปณี ชูเชิด | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 5. นางสาวสุภาพร พรหมจัน | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 6. นางสาวพนิดา เจริญกรุง | นักวิชาการสาธารณสุข |

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2563

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์

รวบรวมและจัดทำโดย

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

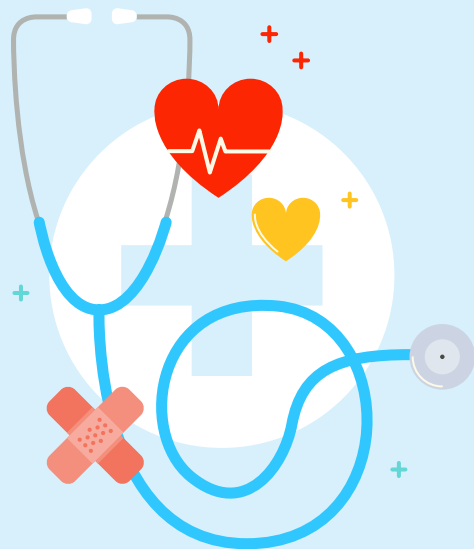
โทรศัพท์ 02 590 3867 โทรสาร 02 590 3964

จำนวน 2,000 เล่ม



สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสรีระและสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเกิดโรค ถ้าหากไม่ให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรค อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่วนสำคัญการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว คือ การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขในการจัดการโรคไม่ติดต่อและสนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ จึงได้พัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ ด้วยกลไกการขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2559 และพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี 2560 ถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ประกอบด้วย การประเมินเชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และในปี 2562 ได้บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมบางส่วน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ทั้งยังเป็นการสนับสนุนการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพและสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นองค์รวม



ดังนั้น กองโรคไม่ติดต่องานร่วมกับคณะที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้พัฒนาเกณฑ์ประเมินโดยปรับผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินงานตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ ของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563 เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากคณะที่ปรึกษา นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข, ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรรณิ นิธิยานันท์ นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ, นายแพทย์วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข ประธานวิชาการสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย และนายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ ที่ปรึกษาสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

คณะทำงานทรงคุณวุฒิ นายแพทย์อัษฎางค์ รวยอาจิณ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค, แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ, แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลลา ตันตโยทัย สภากาชาด, นายแพทย์สุพัฒน์ ธาตุเพชร ข้าราชการบำนาญ และนายวสันต์ สายทอง รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้แทนคณะทำงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ได้แก่ นางสาวนพพร ศรีผัด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, นางสุประวีณ์ ปภาดากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, นางยุพิน อินพิทักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, นางสาวกมลวรรณ คุ้มวงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, นายอิสระพงศ์ เพลิดเพลิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, นางสาวจรรยา ภูกลิ่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, นางสาวแพรวพรรณ ภูริบัญชา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, นางเนื่อทิพย์ หมุ่มมาก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, นายทัชชา ม่านตา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, นางสาวจตุพร ผลเกิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, นางสาววลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และนางสาวพัชนี นัครา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รวมถึงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวไว้ ณ โอกาสนี้ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ของสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงให้คำปรึกษาต่อการพัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2563 ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง คู่มือเล่มนี้จะ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขต่อไป



คำนำ

1

กิตติกรรม
ประกาศ

2

สารบัญ

3

1

ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

4

2

แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

6

2.1 กลุ่มเป้าหมาย

6

2.2 องค์ประกอบของการประเมิน

6

2.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

7

2.4 กรอบเวลาการดำเนินงานประเมินคุณภาพ
NCD Clinic Plus (Time Frame)

8

3

เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

10

4

คำชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

11

4.1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

11

4.2 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
NCD Clinic Plus

26

4.3 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus

39

4.4 Template ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus

41

5

ภาคผนวก

56

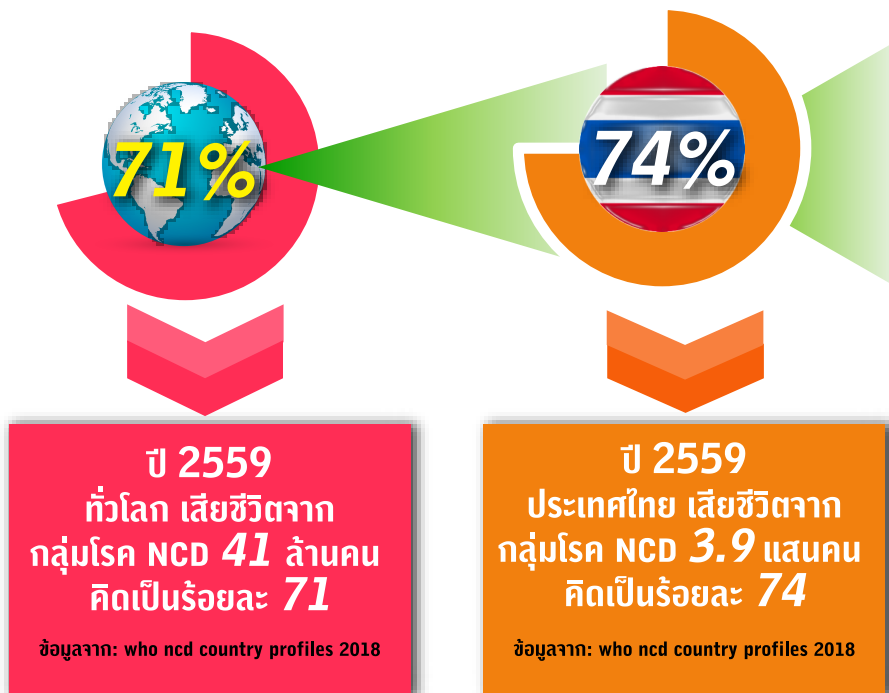
คำสั่งแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ
NCD Clinic Plus ปี 2563

56

1

ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เพิ่มจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ควบคุม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อ คือ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่สามารถสนับสนุนการดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดเสี่ยง ลดโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น



กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี 2557 ถึงปี 2559 โดยยึดหลักการของ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA เป็นการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งได้รับการพัฒนาและรับรองคลินิก NCD คุณภาพครบ 100% แต่อย่างไรก็ตามพบว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ในปี 2560 จึงมีการปรับปรุงและเพิ่มการประเมินเชิงผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการร่วมด้วย เพื่อเป็นการวัดผลการประเมิน และพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น จึงเป็นที่มาของชื่อ NCD Clinic Plus และในระหว่างปี 2560-2562 ได้มีการปรับปรุงรายละเอียดการประเมินและตัวชี้วัดบริการให้มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปี 2562 ได้บูรณาการเกณฑ์ประเมินร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมบางส่วน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ซึ่งมีการปรับตัวชี้วัดบริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD เพื่อเพิ่มคุณภาพของการประเมินและสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นองค์รวม

ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ตั้งแต่ปี 2560-2562 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีผลการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบค่อนข้างดี แต่เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า โรงพยาบาลยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับผลการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการประเมินค่อนข้างต่ำและผลลัพธ์ยังไม่ผ่านตามเป้าหมายโดยเฉพาะตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ผลการตรวจไขมัน LDL ภาวะอ้วนลงพุง รวมถึงการชะลอการลดลงของ eGFR และการได้รับยา ACEi/ARB ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดใหม่ในปี 2562

สำหรับปี 2563 ได้มีการพิจารณาปรับปรุงเฉพาะการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการวัดผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขสามารถกำหนดเป้าหมายและพัฒนาการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



2

แนวทางการดำเนินงาน

NCD Clinic Plus

2.1 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

- โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (กรณี รพศ. สามารถประเมินในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง)
- โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M2, F1
- โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F2, F3



2.2 องค์ประกอบการประเมิน

การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ประกอบด้วยการประเมิน 2 ส่วน ได้แก่

1) การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (50 คะแนน) เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลตาม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

2) การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน) เป็นการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD ซึ่งในปี 2563 มีตัวชี้วัดใหม่ จำนวน 2 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่แก้ไขรายละเอียดข้อมูลใน Template จำนวน 3 ตัวชี้วัด รวมจำนวนตัวชี้วัดทั้งสิ้น 12 ตัวชี้วัด ได้แก่

- (1) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน¹
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี²
- (4) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg
- (5) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา²



- (6) ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
- (7) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
- (8) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹
- (9) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
- (10) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรอง โรคไตเรื้อรัง

- (11) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk \geq 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $<$ 20% ในไตรมาส 3, 4
- (12) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย²

หมายเหตุ : ¹ หมายถึง ตัวชี้วัดใหม่ในการประเมิน NCD Clinic Plus ปี 2563

² หมายถึง ตัวชี้วัดแก้ไขรายละเอียดข้อมูลใน Template ปี 2563
ตัวชี้วัด NCD Clinic Plus ที่ไม่นำมาประเมินในปี 2563 ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 1-4 และได้รับยา ACEi/ARB แต่พื้นที่สามารถใช้ในการกำกับติดตามการดำเนินงานได้

2.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ไตรมาส	การดำเนินงาน
ไตรมาส 1 และ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลทบทวนผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา เพื่อหาโอกาสพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ประจำปี 2. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาตามแนวทางการประเมิน NCD Clinic Plus ทั้ง 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ใช้หลักการขั้นบันได (Milestone) ส่วนที่ 2 ใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2563 3. ส่งผลการประเมินตนเองให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมและรายงานต่อให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อสรุปผลการประเมินตนเองเป็นภาพรวมเขต และรายงานผล ให้กองโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจะเป็ผลประเมินรอบที่ 1 (6 เดือนแรก) 4. โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมินตนเองปี 2563
ไตรมาส 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมผู้ประเมินซึ่งกำหนดร่วมกันในเขตสุขภาพ (สคร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ลงประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินตนเองร่วมกับโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานและเน้นทำในรูปแบบเยี่ยมเสริมพลังแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 2. ทีมผู้ประเมินส่งผลการประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค พร้อมผลการคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ดีเพื่อเป็นตัวแทนระดับเขต ในการประกวด NCD Clinic Plus Awards
ไตรมาส 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดตามและรวบรวมผลการประเมิน ทั้ง 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นผลการประเมินหลังจากประเมินรับรอง ส่วนที่ 2 ใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2563 เพื่อสรุปผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมเขต 2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รายงานผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ทั้ง 2 ส่วน ให้กองโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจะเป็ผลการประเมิน รอบที่ 2 (6 เดือนหลัง)

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2562					ปี 2563											
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.					
	3.2 ทีมประเมินรับรองพื้นที่เพื่อสนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงานของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมสรุปผลการพื้นที่																	
	3.3 สศร. ส่งรายงานผลสรุปการลงพื้นที่ประเมินประเมินรับรองโรงพยาบาล พร้อมผลการคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ดีเพื่อเป็น ตัวแทนระดับเขต ในการประกวด NCD Clinic Plus Awards ไปยังกองโรคไม่ติดต่อ																	
4	การคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ปี 2563 (ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการฯ (ส่วนที่ 2) ใช้ข้อมูลจาก HDC ที่ Freeze ณ วันที่ 16 ก.ค.63)																	
	- กองโรคไม่ติดต่อจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคัดเลือก NCD Clinic Plus Award																	
5	การติดตามผลการประเมิน NCD Clinic Plus รอบที่ 2 (6 เดือนหลัง) (หลังประเมินรับรอง) ประกอบด้วย 1) ผลการประเมินกระบวนการฯ 6 องค์ประกอบ (ส่วนที่ 1) 2) ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการฯ (ส่วนที่ 2) โดยใช้ข้อมูลจาก HDC ที่ Freeze ณ วันที่ 16 ส.ค.63																	
	- โรงพยาบาล ส่งผลการประเมิน ให้ สสจ.																	↕
	- สสจ. ส่งรายงานผลการประเมินของ รพ. ให้ สศร.																	↕
	- สศร. ส่งรายงานผลการประเมินของ รพ. ภาพรวมเขต ให้กองโรคไม่ติดต่อ																	↕

3

เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รวม 100 คะแนน จากการประเมิน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ 50 คะแนน และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 50 คะแนน มีระดับผลการประเมิน ดังนี้

ระดับ	คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus
ดีเด่น	85-100
ดีมาก	80-84
ดี	70-79
พื้นฐาน	60-69
ต่ำกว่าพื้นฐาน	<60



การผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง คือ

ระดับสถานบริการ : โรงพยาบาลได้คะแนนประเมินรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน

ระดับเขตและประเทศ : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70*

หมายเหตุ * ค่าเป้าหมายร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2563

4

คำชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

4.1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (50 คะแนน)

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย			6	30	
1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย			1	5	
	1. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยผู้บริหาร	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ โดยคณะกรรมการ NCD board โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้	2			
	3. มีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลได้รับรู้ทั่วถึงกัน	3			
	4. มีการวิเคราะห์ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ในการประชุมคณะกรรมการ NCD board ระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4			
	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการดำเนินงานมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ			1	5	
	1. มีการวางแผน มีแผนปฏิบัติการ/กิจกรรม เพื่อป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง) ภายในองค์กร	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมและงบประมาณที่ชัดเจน สอดคล้องกับการทบทวน วิเคราะห์ ผลลัพธ์ การดำเนินงานของทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย	2			
	3. มีการกำหนดเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ และ กิจกรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จการ ดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนปฏิบัติการ มาทบทวน และปรับปรุง	4			
	5. มีแผนพัฒนาระดับการดำเนินงานให้ครอบคลุม ทุกคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ	5			
1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus			2	10	
	1. มีการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการวิเคราะห์ความต้องการด้านทักษะ และ วิชาการที่สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	2			
	3. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อสนับสนุน ความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการจัดสรรบุคลากรทดแทน เพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน NCD Clinic Plus	4			
	5. มีแผนจัดสรรบุคลากรเพื่อสนับสนุน ความสำเร็จ การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ที่เหมาะสม เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาและ ทีมผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน สำหรับการให้บริการ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาสำหรับ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ/หรือการให้บริการ คลินิกชะลอไต เสื่อมที่ชัดเจน	2			
	3. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ไม่เพียงพอและสถานที่ ไม่เหมาะสมต่อการให้บริการ	3			
	4. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอและมีการจัดสถานที่ เหมาะสมต่อการให้บริการ	4			
	5. มีการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ให้กับเครือข่าย บริการสุขภาพ	5			
1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่ เป็นระบบชัดเจน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็น ระบบ	2			
	3. มีแผนการติดตามประเมินการดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus	3			
	4. มีผลการกำกับ ติดตาม อย่างเป็นระบบ อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	4			
	5. มีการนำผลการกำกับติดตามประเมินผล มาพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินงาน	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ			9	45	
2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน ในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร			3	15	
	<p>1. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคล ครบถ้วน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของเครือข่ายสถานบริการ ระดับปฐมภูมิ - ทะเบียนการให้บริการ (การวินิจฉัย ผลทางห้องปฏิบัติการ ยา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ประเมินปัจจัยเสี่ยง) - ทะเบียนผลลัพธ์การดูแลรักษา (ภาวะแทรกซ้อน การควบคุมภาวะโรค การควบคุม ปัจจัยเสี่ยง) - ทะเบียนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 	1	สรุปประเด็น :		
	<p>2. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการแยกรายกลุ่มครบถ้วน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่ม Pre-DM, Pre-HT และกลุ่มสงสัยป่วย - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตา - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท้า (แยกตาม Stage) - กลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง (Stage 1-5) - กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk $\geq 20\%$ (แยกกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง) 	2			
	3. มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียน เพื่อใช้ประโยชน์ทางคลินิกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม	3			
	4. มีการนำผลการวิเคราะห์มาใช้สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ	4			
	5. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูล ให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
2.2 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Data Exchange) ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับ Data Center อำเภอ และ Data Center จังหวัด			2	10	
	1. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และสารสนเทศ ผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ และจังหวัด	2			
	3. มีการใช้และตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด	3			
	4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบให้หน่วยบริการปรับปรุงแก้ไข	4			
	5. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง	5			
2.3 มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย และวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ			4	20	
	1. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน 1-2 ครั้ง/ปี	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	2			
	3. มีการรายงานผลการวิเคราะห์ให้กับเครือข่ายบริการ และผู้บริหาร	3			
	4. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่ใช้ เพื่อวัตถุประสงค์การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานของ NCD Clinic Plus	4			
	5. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เป็นข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหาร	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้							
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)					
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ			12	60						
3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)			3	15						
	1. มีการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางมาตรฐาน และลงทะเบียนแยกกลุ่ม กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย	1	สรุปประเด็น :							
	2. มีการค้นหาความเสี่ยง และประเมินโอกาสเสี่ยง ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	2								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มเสี่ยง</th> <th>กลุ่มป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5)</td> <td>1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5)</td> </tr> <tr> <td>2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)</td> <td>โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q), สุขภาพช่องปาก 2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) ประเมินความสามารถและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5)	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5)	2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)	โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q), สุขภาพช่องปาก 2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) ประเมินความสามารถและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ			
กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย									
1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5)	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5)									
2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)	โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q), สุขภาพช่องปาก 2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) ประเมินความสามารถและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ									

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีการค้นหาสาเหตุของปัจจัยเสี่ยง และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้รับบริการทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล	3			
	4. มีการจัดบริการและเสริมทักษะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของผู้รับบริการ รายบุคคลและรายกลุ่ม	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการจัดบริการลดความเสี่ยงของผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม	5			
3.2 การให้บริการเพื่อการดูแลและจัดการโรค			3	15	
	1. มีการวินิจฉัย และลงทะเบียผู้ป่วยรายใหม่อย่างครบถ้วน และปรับปรุงข้อมูลการวินิจฉัยผู้ป่วยรายเก่าให้เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการรายบุคคล	2			
	3. มีการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการ สำหรับผู้รับบริการ ตามมาตรฐาน	3			
	4. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ	4			
	5. มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง	5			
3.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย			2	10	
	1. มีระบบการรับ-ส่งต่อระหว่างเครือข่าย และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรับ-ส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)	3			
	4. นำผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) มาทบทวนและปรับปรุงคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย	4			
	5. มีแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการ กับแผนท้องถิ่น (อปท.) หรือแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขพ.)	5			
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager/Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีผู้ประสานงาน NCD Case Manager/Coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	2			
	3. ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนและดำเนินงานในการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3			
	4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล	4			
	5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	5			
3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน			2	10	
	1. มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาท หน้าที่ของเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงาน ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	3			
	4. มีการติดตาม/ประเมินผลของผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบ (รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการนอกกระทรวงสาธารณสุข)	4			
	5. มีการแจ้งผลการติดตาม และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่ายผ่านเวที และ/หรือช่องทางที่เหมาะสม	5			
องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง			8	40	
4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			2	10	
	1. มีการกำหนด Core Content (เช่น ด้านอาหาร และโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า) ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมากำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	2			
	3. มีแผนและดำเนินการตามกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ และทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	3			
	4. นำผลการดำเนินงานมาทบทวน เพื่อปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	4			
	5. มีการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล			2	10	
	1. มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายกลุ่ม ด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการสื่อสารข้อมูลการรักษา ระยะของโรค ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายบุคคลด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น คู่มือสมุดสุขภาพ Line Application เป็นต้น	2			
	3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการตนเอง มาใช้ในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	3			
	4. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่บ้าน ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ เช่น SMBG/SMBP และสามารถแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ให้แก่ทีมสหวิชาชีพได้	4			
	5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	5			
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม			2	10	
	1. มีการรวมกลุ่ม ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สัมพันธภาพทางสังคมและการช่วยเหลือภายในกลุ่มเพื่อน	2			
	3. กลุ่ม ชมรม ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด	3			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	4. กลุ่ม ชมรม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรม	4			
	5. กลุ่ม ชมรม มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	5			
4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			2	10	
	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการที่หลากหลายรูปแบบ เหมาะสมกับผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่	2			
	3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้สื่อ และ/หรือ เครื่องมือร่วมกับผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4			
	5. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	5			
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ			5	25	
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ			2	10	
	1. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการ ครอบคลุมทุกกระบวนการ (ตาม CPG นั้นๆ)	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ทุกระดับในสถานบริการและเครือข่าย	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)	4			
	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานเป็นระยะ เพื่อให้มี ความทันสมัยเป็นปัจจุบัน	5			
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของ สถานบริการสาธารณสุข			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานเพื่อให้การปรึกษาเบื้องต้น แต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนดเกณฑ์การให้คำปรึกษาโดย สหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้ง รวมทั้งกำหนดช่องทางของการให้คำปรึกษา	2			
	3. มีการดำเนินงานตามระบบการให้คำปรึกษา	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษา ของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการ ดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายสม่ำเสมอ	4			
	5. มีการวิเคราะห์ปัญหาในการให้คำปรึกษา เพื่อนำ มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพสถานบริการ และเครือข่าย ทุกระดับ	5			
5.3 Chronic Case Conference/KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค			1	5	
	1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference/KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference/KM และ มีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference/KM มาปรับปรุงกระบวนการงานจัดบริการอย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง	3			
	4. มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มารวบรวมเป็น คลังความรู้	4			
	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถ เข้าถึงได้สะดวกหลายช่องทาง เช่น Social Media Website	5			
องค์ประกอบที่ 6 การจัดการเชื่อมโยงชุมชน			10	50	
6.1 การสนับสนุนทิศทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน			2	10	
	1. มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างเครือข่าย บริการสุขภาพ และชุมชน	2			
	3. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม ในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน โดยเครือข่ายบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนร่วมกัน	3			
	4. มีการประเมินผลการดำเนินงานครบทุกแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	4			
	5. มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			
6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน			2	10	
	1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อม ในชุมชน	1	สรุปประเด็น :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการตามแผนงานที่วางไว้	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการลดเสี่ยงโรค	4			
	5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุง แผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	5			
6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน			2	10	
	1. มีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรม เสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ และสามารถระบุปัญหา และ รากเหง้าของปัญหาของชุมชนที่ต้องจัดการ เพื่อสร้าง เป็นนโยบายสาธารณะ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนงานโครงการหรือแผนกิจกรรม เพื่อพัฒนา นโยบายสาธารณะในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลัก โรคไม่ติดต่อ	2			
	3. มีการผลักดันให้เกิดการใช้นโยบายสาธารณะ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การทำประชาคมติ ในชุมชน, การทดลองใช้นโยบายในบางพื้นที่	3			
	4. มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้ครอบคลุม เครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ	4			
	5. มีการบูรณาการนโยบายสาธารณะร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			
6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีกิจกรรม เพื่อสนับสนุนการ ป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	1	สรุปประเด็น :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีกิจกรรม เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค ในชุมชน ที่ดำเนินการเอง	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ และ/หรือกลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	3	สรุปประเด็น :		
	4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรมอย่างต่อเนื่อง	5			
6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเองในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของ อสม.			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพมีแผนงานสนับสนุนให้ อสม. มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	1	สรุปประเด็น :		
	2. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	2			
	3. อสม. ดำเนินการตามแผนอย่างน้อยร้อยละ 50	3			
	4. เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ อสม.	4			
	5. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับ อสม. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน	5			
คะแนนรวม			50	250	

การคิดคะแนน ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (50 คะแนน)

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

4.2 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

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 ของการให้บริการโรคไม่ติดต่อที่เน้นการป้องกัน ควบคุมไปกับการรักษาเพื่อลดโรค โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น งานวิจัย การสำรวจ เป็นต้น เพื่อใช้ในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ NCD board ระดับอำเภอได้มีส่วนร่วมผ่านการประชุมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีสรุปรายงานการประชุม ติดตามผลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข วิเคราะห์ช่องว่าง (GAP) เพื่อการพัฒนาปรับทิศทาง และเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อการลดปัญหาและมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการให้บริการโรคไม่ติดต่อ

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

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน หนังสือคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและบทบาทรับผิดชอบ รายงานการประชุม NCD board เป็นต้น

1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ

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

หมายเหตุ:

- 1) เป็นแผนที่สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ในข้อ 1.1
- 2) ทรัพยากรในที่นี่ 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 มีลักษณะเป็นองค์กรรวม ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ โดยการกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วมและนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- 4) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คือ แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์กรรวม เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน มีการบูรณาการและประสานความร่วมมือ เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพะ ทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

- 5) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)

คือ แผนการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ให้เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์กรรวม มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างการเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยมุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป็นเป้าหมายสูงสุด ประชาชนมีส่วนร่วมและสามารถพึ่งตนเองได้ และที่สำคัญต้อง ปรับกลวิธีการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการของพื้นที่

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนปฏิบัติการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ ต้องเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรที่จำเป็นรวมถึงทักษะความรู้วิชาการที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนงานคลินิกโรคไม่ติดต่อและงานชะลอไตเสื่อมของสถานบริการสาธารณสุข และนำไปสู่การกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพและแผนจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ หรือมีการบริหารจัดการหาบุคลากรมาทดแทนในการทำงานได้ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องและราบรื่น

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (แผนการฝึกอบรม หรือส่งบุคลากรฝึกอบรม), แผนการจัดสรรบุคลากร เป็นต้น

1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus

การจัดสถานที่ในการให้บริการจะต้องมีพื้นที่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ สะดวก เป็นสัดส่วน และเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยมีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ และกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการมีจำนวนเพียงพอ และสามารถนำไปใช้งานได้โดยมีประสิทธิภาพมีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งาน และมีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์โดยมีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องโดยมีการแบ่งเกณฑ์เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอมีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งานตามระดับของโรงพยาบาล 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 ควรมีการบริหารจัดการ หรือจัดหาเครื่องมือ และอุปกรณ์จากหน่วยบริการในเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ของหน่วยงาน, รายงานการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ เป็นต้น

1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus

การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานจะต้องมีการทบทวนทิศทางการดำเนินงานทุกไตรมาส และนำผลการติดตามไปปรับปรุงเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีการติดตามแผนงาน โครงการตามที่ตั้งไว้ในแผนและมีแผนการติดตามนิเทศเครือข่าย

* ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จะต้อง กำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุกไตรมาส เป็นต้น

* 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 ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus



องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย การมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ ครบถ้วน และสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่ายสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สามารถนำข้อมูล มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร

ระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลการให้บริการ ที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน 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 ที่หน่วยบริการสร้างเพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลของตนเอง สมุดทะเบียนการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Data Exchange) ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการ ต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับ Data Center อำเภอ และ Data Center จังหวัด

ในระดับอำเภอจะต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่าง Health Data Center อำเภอ และ Health Data Center จังหวัด โดยต้องมีการใช้ Data Exchange ตรวจสอบข้อมูลและระบบ สารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด รวมทั้งมีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบให้หน่วยบริการ แก้ไข และปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

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

2.3 มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานและการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ การดูแลรักษาและออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งในรายบุคคล กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น 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

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

สรุปประเด็นสำคัญ:

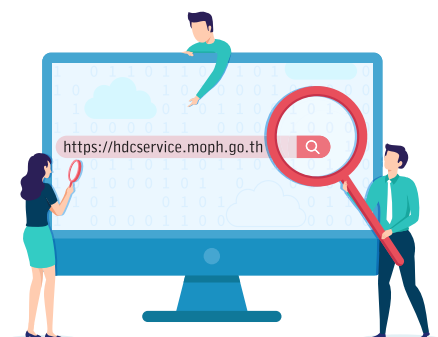
การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม เช่น จากระบบทะเบียน มาจัดทำประมวลผลให้อยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ที่สามารถนำไปใช้งานได้ เช่น จำนวน อัตรา สัดส่วน ความชุก เป็นต้น และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งอื่นที่น่าเชื่อถือ เช่น การนำข้อมูลการวิจัย การสำรวจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพ ระบาดวิทยา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

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

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

**ผู้ให้บริการสอบถามในองค์ประกอบที่ 2:

NCD Case Manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus



องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

ระบบและกระบวนการบริการ ประกอบด้วย การให้บริการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การประเมินโอกาสเสี่ยงให้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การให้การวินิจฉัย การจัดการบริการที่มีมาตรฐานตามระยะโรค มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ มีระบบรับ-ส่งต่อ ระหว่างเครือข่ายให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงมีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนด และคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ตติยภูมิ)

การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาและลงทะเบียนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งนำไปสู่การค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยงทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาและจัดบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้ และเสริมทักษะการลดปัจจัยเสี่ยง โดยมีรายละเอียด การค้นหาและประเมินโอกาสเสี่ยง ดังนี้

กลุ่มเสี่ยง

- 1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5)
- 2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (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
- 6) ประเมินความสามารถและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ

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 ซึ่งในโรคไม่ติดต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมากขึ้น

3.2 การให้บริการเพื่อการดูแลและจัดการโรค

การให้บริการตั้งแต่การวินิจฉัยและลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วยรายเก่าให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคล 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 ทีมประสานและมีคณะทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงาน

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

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



ค่าความดันโลหิตที่เหมาะสม
SYS<120 DIA<80 มิลลิเมตรปรอท



3.5 เครื่องช่วยการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน

มีเครื่องช่วยการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงกับสถานบริการสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติ การติดตามประเมินผล การแจ้งผลการติดตามการดูแลรักษา และส่งต่อระหว่างเครื่องช่วยในการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ

**ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 3:

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

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย รวมถึงมีกระบวนการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและจัดการตนเอง ช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องกำหนดเนื้อหาสำคัญในการให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเองที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า เป็นต้น ทั้งนี้จัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแผน และกิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้ตามปัญหาผู้รับบริการมีการดำเนินการตามแผน และติดตามผลเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

ดูจากเอกสารการติดตามการจัดการรายกรณี

4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

การสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล โดยมีช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น สมุดสุขภาพ Line Application เป็นต้น เพื่อใช้ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยผู้รับบริการ

มีส่วนร่วมในการบันทึกติดตามผลการดูแลตนเอง สามารถนำผลมาวางแผนการดูแลร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ และนำไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวทาง/Flow Chart กระบวนการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษาและการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการ เป็นต้น

4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเองในการทำหน้าที่ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม

การสนับสนุนการจัดการตนเองให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย มีร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี โดยมีการจัดกลุ่ม/ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง มีแผนการดำเนินกิจกรรม และดำเนินการตามแผน รวมทั้งมีการประเมินผลการดำเนินงาน และนำผลมาพัฒนาแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

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) อิงหลักฐานของสถานบริการสาธารณสุข ที่ครอบคลุมกระบวนการดำเนินงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ได้แก่

- 1) การคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- 2) การวินิจฉัยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- 3) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อ
- 4) การให้ความรู้ และการดูแลตนเองขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
- 5) การดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ

ทั้งนี้ต้องมีการชี้แจง สื่อสารให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับให้รับทราบ มีการประเมินผล และทบทวนปรับปรุงแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเป็นระยะ

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการ ในคลินิกวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข

ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่าง ผู้เชี่ยวชาญ/สถานบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ กับผู้ให้บริการคลินิก/สถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย โดยมีทีมประสานงาน ทีมให้คำปรึกษาที่กำหนดบทบาทหน้าที่ ช่องทางการประสานงาน และมี Flow Chart ของการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งนี้ควรมีการติดตาม ประเมินผลการให้คำปรึกษา และทบทวนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวทาง/Flow Chart การประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างเครือข่ายบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.3 Chronic Case Conference/KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค

การดำเนินกิจกรรม Chronic Case Conference/KM โดยการจัดกิจกรรมในโรงพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ มีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำผลมาปรับปรุงกระบวนการจัดบริการ รวมทั้งนำผลการเรียนรู้และนวัตกรรมมารวบรวมเป็นคลังความรู้ โดยกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ สดวกหลายช่องทาง 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, คลังความรู้การดูแลและจัดการโรค ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

**ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 5:

NCD Case Manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus, ผู้รับผิดชอบ เวชกรรมสังคม

องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย การสนับสนุน ทิศทางนโยบายในการลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพและสนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 การสนับสนุนทิศทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน

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

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน เป็นต้น

6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนหรือร่วมดำเนินการกับชุมชนในการจัดทำแผนโครงการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค เช่น จัดสภาพแวดล้อมเรื่องขยะ น้ำ ตลาด เป็นต้น และมีแผนงาน การดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน มีการติดตามผลการดำเนินงาน และนำผลมาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน/โครงการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน, ภาพกิจกรรม เป็นต้น

6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

ชุมชนมีการดำเนินนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น โดยมีแนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อม ทั้งทางสังคม และกายภาพ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มุ่งเน้นให้ประชาชนมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ความสงบสุข ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ และสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันในสังคม ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มาจากหลายฝ่าย ได้แก่ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และตัวบุคคล

6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายบริการสุขภาพให้การสนับสนุน 3 M (คน เงิน ของ) หรือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ดำเนินงานจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ โดยชุมชนมีการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพ ที่มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรม มีแผนงาน มีการดำเนินการตามแผน โดยเฉพาะกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดูแลตัวเอง เพื่อให้คนในชุมชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบในชุมชน ทั้งนี้ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพร่วมกัน ระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ 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.

เครือข่ายบริการสุขภาพสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลติดตามระดับ น้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยร่วมกันจัดทำแผนงาน ดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีการดำเนินการตามแผน ติดตาม และทบทวน กระบวนการทำงาน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการดูแลติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ ภาพกิจกรรม เป็นต้น

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 6:**

เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ครู และผู้นำชุมชน

4.3 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน)

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				1	2	3	4	5		
1. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	>60	5	<45	45	50	55	>60	25	
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL <100 mg/dl	ร้อยละ	>60	4	<45	45	50	55	>60	20	
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	>40	4	<25	25	30	35	>40	20	
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	ร้อยละ	>60	4	<45	45	50	55	>60	20	
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI >25 กก./ตร.ม.] ลดลงจาก ปีงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ	>10	4	<4	4	6	8	>10	20	
6. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	≤2	4	>8	8	6	4	≤2	20	
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	≥5	4	<2	2	3	4	≥5	20	
8. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	>60	5	<45	45	50	55	>60	25	
9. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	>50	4	<35	35	40	45	>50	20	
10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ ค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	>80	4	<65	65	70	75	>80	20	
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk >20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น <20% ในไตรมาส 3, 4	ร้อยละ	>40	4	<25	25	30	35	>40	20	
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ	>50	4	<35	35	40	45	>50	20	
คะแนนรวม									250	
			50							

การคิดคะแนน ประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

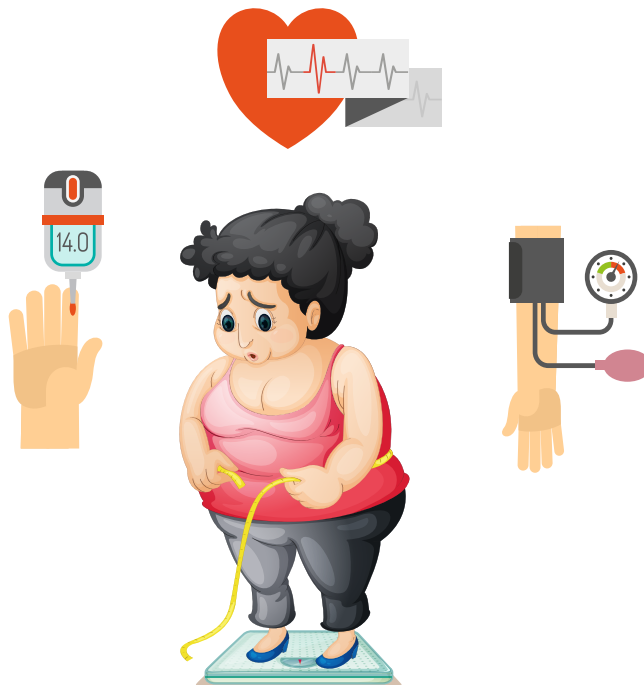
ผลประเมินรอบที่ 1 (ต.ค.-มี.ค.) : คิดคะแนน 11 ตัวชี้วัด เนื่องจากตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส 3, 4 ยังไม่มีผลงาน ดังนั้นจะไม่คิดคะแนนตัวชี้วัดนี้ในการประเมินรอบที่ 1

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

ผลประเมินรอบที่ 2 (เม.ย.-ก.ย.) : คิดคะแนน 12 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

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

NCD Clinic Plus



ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน

<p>ตัวชี้วัด คำนิยาม</p>	<p>ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ 126 mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥ 200 mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน)</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60</p>
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน typearea 1, 3 (1 มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย)</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A : จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน)</p>
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน</p>
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>(A/B)x100</p>
<p>วิธีการประมวลผล</p>	<p>A : จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมาไกลโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) ประมวลผลจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - แฟ้ม NCDSCREEN.BSTEST = 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) หรือ - แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา), หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3-6 เดือน) <p>B : จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 126 mg/dl - BSTEST เป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร), 4 (ตรวจน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ 200 mg/dl

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL <100 mg/dl

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL <100 mg/dl
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการได้รับการตรวจไขมัน LDL ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แพ้ม
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL ในปีงบประมาณ และมีค่าไขมัน LDL ครั้งสุดท้าย <100 mg/dl A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL ในปีงบประมาณ และมีค่าไขมัน LDL ครั้งสุดท้าย <100 mg/dl
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
วิธีการประมวลผล	คิดจาก 43 แพ้ม (ช่วงปีงบประมาณ) A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL ในปีงบประมาณ และมีค่าไขมัน LDL (LABFU.LABTEST = "0541402") ครั้งสุดท้าย <100 mg/dl ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT (ประมวลผลจากแพ้ม CHRONICFU และ LABFU) A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL ในปีงบประมาณ และมีค่าไขมัน LDL (LABFU.LABTEST = "0541402") ครั้งสุดท้าย <100 mg/dl ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT (ประมวลผลจากแพ้ม CHRONICFU และ LABFU) B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN ("1", "3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด จากแพ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ตัวชี้วัด

คำนิยาม

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8

*หมายเหตุ: รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่

1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25
2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50
3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69
4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5
5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41

เกณฑ์เป้าหมาย

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ

แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการข้อมูล 1

A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

รายการข้อมูล 2

B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด

รายการข้อมูล 3

C1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
C2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

รายการข้อมูล 4

D1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
D2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด

รายการข้อมูล 5

E : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
E2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

รายการข้อมูล 6

F1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
F2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$(A1/B1) \times 100$

วิธีการประมวลผล

คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)

A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST = “0531601”) ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT

- HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม
- HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนที่มารับบริการ จากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ที่ได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST = “0531601”) ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT

- HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม
- HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)

B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน CHRONIC และมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (รหัส ICD-10 : E10-14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการ ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 140/90 mmHg A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 140/90 mmHg
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
วิธีการประมวลผล	คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ) A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 140/90 mmHg ประมวลผลจาก CHRONICFU A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 140/90 mmHg ประมวลผลจาก CHRONICFU B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN ("1", "3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) ในปีงบประมาณ ของหน่วยบริการที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด ประมวลผลจาก CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต

**ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.]
ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา**

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ภาวะอ้วน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.ม. หมายเหตุ : ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index (BMI)) เป็นค่าที่คำนวณ เท่ากับ น้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วย ความสูง (หน่วยเป็นเมตร) ยกกำลังสอง
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$[(B-A)/B] \times 100$
วิธีการประมวลผล	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณปัจจุบันประมวลผลจาก CHRONICFU ในครั้งล่าสุดที่มี WEIGHT และ HEIGHT โดยคำนวณเป็นค่า BMI [WEIGHT (kg.) หารด้วย HEIGHT (m.) ยกกำลังสอง] มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.ม. และแฟ้ม PERSON ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณที่ผ่านมาประมวลผลจาก CHRONICFU ในครั้งล่าสุดที่มี WEIGHT และ HEIGHT โดยคำนวณเป็นค่า BMI [WEIGHT (kg.) หารด้วย HEIGHT (m.) ยกกำลังสอง] มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.ม.และแฟ้ม PERSON ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวชี้วัด	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจนระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (Conscious Change) หรือสัญญาณชีพผิดปกติ (Abnormal Vital Signs) และ/หรือภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่จัดอยู่ในกลุ่ม DKA และ Hyperosmolar Coma
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
วิธีการประมวลผล	คิดจาก 43 แห่ง (ช่วงปีงบประมาณ) A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากแฟ้ม DIAGNOSIS ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) และได้รับการวินิจฉัยในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD/DIAGNOSIS_IPD ด้วยรหัส ICD-10 E16.0, E16.1, E16.2, E10.0, E11.0, E12.0, E13.0, E14.0 A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากแฟ้ม DIAGNOSIS ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) และได้รับการวินิจฉัย ในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD/ DIAGNOSIS_IPD ด้วยรหัส ICD-10 E16.0, E16.1, E16.2, E10.0, E11.0, E12.0, E13.0, E14.0 B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN ("1", "3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ PERSON.NATION="099"(สัญชาติไทย)

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณปัจจุบัน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$[(B1-A1)/B1] \times 100$
วิธีการประมวลผล	A1 : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณปัจจุบัน ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) B1 : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10 – E14

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (type area 1 และ 3) ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
วิธีการประมวลผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ * B : กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง * A : กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการทำ Home BP โดยต้องรายงานผลค่าเฉลี่ย Home BP ถัดจากวันสงสัยป่วย อย่างน้อย 8 วันและไม่เกิน 120 วัน ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน 1. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวันที่ 1 กันยายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 ธันวาคม 2562 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563 2. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2563

ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I10-I15</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน <140/90 mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ</p> <p>B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ</p> <p>C1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี</p> <p>D1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ</p>
รายการข้อมูล 2	<p>A2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ</p> <p>B2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ</p> <p>C2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการมีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี</p> <p>D2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการและไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
วิธีการประมวลผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)</p> <p>A1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”)</p> <p>1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHAGE = “9” (ไม่จำหน่าย)</p> <p>PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg)</p>

B1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”)

C1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่ นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg)

D1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) และไม่มีค่าระดับความดันโลหิต ในปีงบประมาณ

A2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ และมีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg)

B2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ

C2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg)

D2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ และไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m ² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
สูตรในการคำนวณ	ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง × 100 ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้มของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานตัวชี้วัด	1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทร 089-673-0915, kcharoen007@hotmail.com 2. นายไพบูลย์ ไวกยี่ โทร 081-853-4057, paiboon.wa@moph.mail.go.th
หมายเหตุ	- ผู้ป่วยจะถือว่าได้รับการคัดกรองโรคไต ก็ต่อเมื่อ 1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ 2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณเดียวกัน โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด - การตรวจ urine protein อาจตรวจด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ คือ (1) urine albumin-to-creatinine ratio (ACR) รหัส 0440206; (2) urine protein-to-creatinine ratio (UPCR) รหัส 17 หรือ 0440205; (3) microalbuminuria รหัส 12 หรือ 0440204 (4) macroalbuminuria รหัส 14 หรือ 0440203 - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD จะหมายถึง CKD จากสาเหตุใดก็ตาม เช่น นิ่ว โรคเบาหวานและความดันโลหิต เป็นต้น



**ควรบริโภคโซเดียม
ไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน**



Measurement Template Query Condition

การคำนวณ KPI (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่วันได้รับการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD) ดังนี้

ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ในสถานบริการทุกระดับที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็น CKD และได้รับการคัดกรอง CKD สูตรคำนวณ ได้แก่

- ตัวหาร = ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น (((E10*, E11*, E12*, E13*, E14*) - (E102, E112, E122, E132, E142 หรือ N083)) และ/หรือ มีรหัสโรคเป็น (I1*-I12*, I13*, I151))) และไม่มีรหัสโรค N181-N189 ก่อนหน้านั้น Typearea 1, 3 สัญชาติไทย (File PERSON : สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น

- ตัวตั้ง = ผู้ป่วยของตัวหารที่มี E* ที่ตรวจทั้ง 2 ข้อ คือ

(1) ตรวจข้อใดข้อหนึ่ง (microalbumin (LABTEST12 หรือ 0440204) หรือ macro albumin (LABTEST14 หรือ 0440203) หรือ UPCR (LABTEST17 หรือ 0440205) และ ACR (รหัส 0440206) และ

(2) ตรวจข้อใดข้อหนึ่งของ (creatinine (LABTEST11) หรือ eGFR (LABTEST15) ใน File: LABFU)) + [(ผู้ป่วยของตัวหารที่มี [* ที่ตรวจข้อใดข้อหนึ่งของ (creatinine (LABTEST11) หรือ eGFR (LABTEST15) ใน File: LABFU))]x100

ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส 3, 4

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส 3, 4
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10.-E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10.-E14. ร่วมกับ I60-I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) 2. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10-I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9 และรหัส I10-I15 ร่วมกับ I60-I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1 และ 3) Type area 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้าน อยู่เขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม

รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีระดับความเสี่ยง CVD Risk ลดลง $< 20\%$ ในช่วงไตรมาส 3, 4

B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

A/Bx100

วิธีการประมวลผล

A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีระดับความเสี่ยง CVD Risk ลดลง $< 20\%$ ในช่วงไตรมาส 3, 4 ห่างกันอย่างน้อย 90 วัน โดยใช้ค่าประมวลผลจากเงื่อนไขต่อไปนี้

- การสูบบุหรี่ จากแฟ้ม SPECIALPP/NCDScreen
- ค่าความดันตัวบน SBP ล่าสุด จากแฟ้ม CHRONICFU/NCDScreen
- ค่า Total Cholesterol จากแฟ้ม LABFU
- ค่าส่วนสูง/รอบเอวล่าสุด จากแฟ้ม CHRONICFU/NCDScreen
- การป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS
- อายุและเพศ จากแฟ้ม PERSON โดยที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.

TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)

B : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 โดยใช้ค่าประมวลผลจากเงื่อนไขต่อไปนี้

- การสูบบุหรี่ จากแฟ้ม SPECIALPP/NCDScreen
- ค่าความดันตัวบน SBP ล่าสุด จากแฟ้ม CHRONICFU/NCDScreen
- ค่า Total Cholesterol จากแฟ้ม LABFU
- ค่าส่วนสูง/รอบเอวล่าสุด จากแฟ้ม CHRONICFU/NCDScreen
- การป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS
- อายุและเพศ จากแฟ้ม PERSON โดยที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.

TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)

**ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4
ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย**

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แล้วเป็นโรคไตเรื้อรัง stage 3-4 eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วยตามสมการ CKD-EPI
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมารับบริการที่เป็น CKD stage 3-4
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
วิธีการประมวลผล	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 ประมวลผลจากแฟ้ม <ul style="list-style-type: none"> -ป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS -ค่า eGFR จากแฟ้ม LABFU -เป็นผู้ป่วย CKD STAGE จากแฟ้ม DIAGNOSIS และ LABFU ซึ่งทุกแฟ้มจะต้องเชื่อมโยงข้อมูลกับแฟ้ม PERSON ได้ B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณประมวลผลจากแฟ้ม <ul style="list-style-type: none"> -ป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS -ค่า eGFR จากแฟ้ม LABFU -เป็นผู้ป่วย CKD STAGE จากแฟ้ม DIAGNOSIS และ LABFU ซึ่งทุกแฟ้มจะต้องเชื่อมโยงข้อมูลกับแฟ้ม PERSON ได้

5

ภาคผนวก



คำสั่งกรมควบคุมโรค
ที่ ๑๔๘๖/๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะที่ปรึกษา และคณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓

ด้วยกรมควบคุมโรคได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน เพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เพื่อให้การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ มีความสอดคล้อง เหมาะสม บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กรมควบคุมโรคจึงแต่งตั้งคณะที่ปรึกษา และคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ ดังนี้

๑. คณะที่ปรึกษา

- | | |
|------------------------------|---|
| ๑.๑ นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข |
| ๑.๒ ศ.วราณี นิธิยานันท์ | นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
ในพระราชูปถัมภ์ฯ |
| ๑.๓ นายวุฒิเดช โอภาสเจริญสุข | ประธานวิชาการสมาคมโรคความดันโลหิตสูง
แห่งประเทศไทย |
| ๑.๔ นายสมเกียรติ โพรสัดดี | ที่ปรึกษาสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ |

๒. คณะทำงาน

- | | | |
|--------------------------|---|-----------|
| ๒.๑ นายอัษฎางค์ รวยอาจิณ | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค | ประธาน |
| ๒.๒ นางศศิธร ตั้งสวัสดิ์ | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ | รองประธาน |
| ๒.๓ นางจรีพร คงประเสริฐ | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ | คณะทำงาน |
| ๒.๔ ผศ.วรางคณา พิชัยวงศ์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะทำงาน |
| ๒.๕ ผศ.วัลลา ตันตโยทัย | สภาการพยาบาล | คณะทำงาน |
| ๒.๖ นายสุพัฒน์ ธาตุเพชร | ข้าราชการบำนาญ | คณะทำงาน |
| ๒.๗ นายวสันต์ สายทอง | รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยี
สารสนเทศและการสื่อสาร
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| ๒.๘ นางสาวนพพร ศรีผัด | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑
จังหวัดเชียงใหม่ | คณะทำงาน |

๒.๙ นาง...

๒.๙ นางสาวประวีณ์ ปากาดากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก	คณะทำงาน
๒.๑๐ นางยุพิน อินพิทักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์	คณะทำงาน
๒.๑๑ นางสาวกมลวรรณ คุ้มวงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี	คณะทำงาน
๒.๑๒ นายอิสระพงศ์ เพลิดเพลิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี	คณะทำงาน
๒.๑๓ นางสาวจรรยา ภูักลั่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี	คณะทำงาน
๒.๑๔ นางสาวแพรพรรณ ภูริปัญญา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น	คณะทำงาน
๒.๑๕ นางเนื่อทิพย์ หมุ่มมาก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี	คณะทำงาน
๒.๑๖ นายทัชชา ม่านตา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน
๒.๑๗ นางจตุพร ผลเกิด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๒.๑๘ นางสาววลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช	คณะทำงาน
๒.๑๙ นางสาวพัชนี นัครา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๒.๒๐ นางสาวณัฐวิวรรณ พันธมุง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และเลขานุการ
๒.๒๑ นางสาวหทัยชนก ไชยวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๒๒ นางสาว...

๒.๒๒ นางสาวฐาปนี ชูเชิด	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒๓ นางสาวสุภาพร พรหมจีน	นักวิชาการสาธารณสุข กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒๔ นางสาวพนิดา เจริญกรุง	นักวิชาการสาธารณสุข กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. กำหนดกรอบและแนวทางการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคุณภาพดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ ที่ตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่เข้ามารับบริการ

๒. กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ เพื่อให้ผลการดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์

๓. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)
อธิบดีกรมควบคุมโรค

N C D

Clinic Plus

“

บูรณาการ
พัฒนาระบบ
เชื่อมโยงชุมชน
ประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข

”