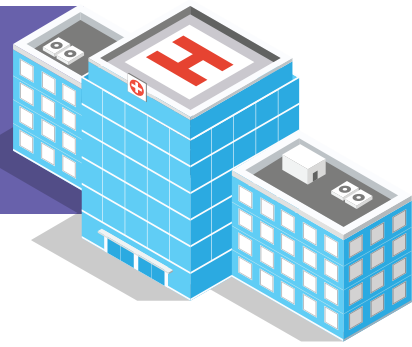


คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน

Clinic Plus



ISBN : 978-616-11-4552-1

คณะที่ปรึกษา

1. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

2. นายแพทย์กฤษฏา หาญบรรเจิด

ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

คณะบรรณาธิการ

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ

รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

2. นางสาวณัฐธีวรรณ พันธุ์มุง

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ

3. นางสาวนันทิชา ศรีสวัสดิ์

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

4. นางสาวประภัสรา บุญทวี

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

5. นางสาวพนิดา เจริญกรุง

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

6. นางสาวศศิภรณ์ สารแสง

นักวิชาการสาธารณสุข

รวบรวมและจัดทำโดย

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 590 3867 โทรสาร 02 590 3893





คำนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ภาวะอ้วน

ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเกิดโรค ถ้าหากไม่ให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงและควบคุมสภาวะของโรคอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ส่วนสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว คือ การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขในการจัดการโรคไม่ติดต่อและสนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ จึงได้พัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ ด้วยกลไกการขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2559 และพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี 2560 ถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ภายใต้วงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินเชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข ปี 2562 ได้บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมบางส่วน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ทั้งยังเป็นการสนับสนุนการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพ และสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นองค์รวม และในปี 2563-2564 กองโรคไม่ติดต่อร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องพัฒนาแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและลดระยะเวลาการรวบรวมผลการประเมิน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลโดยให้สามารถบันทึกผลการประเมินผ่านช่องทางออนไลน์และแสดงผลประเมินของโรงพยาบาลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด เขต และส่วนกลาง สามารถเข้าถึงผลประเมินของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลในภาพจังหวัด เขต และประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำหรับปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการวัดผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพของประชาชน

Clinic Plus

กิตติกรรมประกาศ



คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความร่วมมือของ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ที่เห็นความสำคัญของการจัดทำคู่มือเล่มนี้

ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการ จากสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน ชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สภาการพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลรามารินทร์ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าวไว้ ณ โอกาสนี้ ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการพัฒนา การดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงให้คำปรึกษาต่อการพัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง คณะผู้จัดทำหวังว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขต่อไป หากมีข้อบกพร่องประการใดของคู่มือนี้ ทางคณะผู้จัดทำขอน้อมรับเพื่อพัฒนาต่อไปให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น



สารบัญ

คำนำ	1
กิตติกรรมประกาศ	2
สารบัญ	3
1 ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	4
2 แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	5
2.1 กลุ่มเป้าหมาย	5
2.2 องค์ประกอบการประเมิน	5
2.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน	6
2.4 กรอบเวลาการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus (Time Frame)	7
3 เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus	8
4 คำชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus	9
4.1 ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	9
4.2 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	19
4.3 ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ	31
4.4 ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI	32
4.5 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI	34
5 ภาคผนวก	35
5.1 Template ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ	35
5.2 แบบฟอร์มการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI	58
5.3 คำสั่งแต่งตั้งคณะที่ปรึกษา และคณะทำงาน เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	60



1

ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี 2562 พบว่า ความชุกโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 25.4 เท่ากับว่า 1 ใน 4 ของคนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และในจำนวนนี้เกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย ส่วนความชุกของโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 9.5 และ 1 ใน 3 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน การพัฒนาคุณภาพบริการจึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่จำเป็นในการดูแล และจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรค รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ พัฒนาคุณภาพการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2557 โดยยึดหลักการของ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ภายใต้วงจรการพัฒนางานคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ปี 2560 มีการเพิ่มการประเมินเชิงผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ จึงเป็นที่มาของชื่อ NCD Clinic Plus ปี 2562 เพื่อให้การดำเนินงานครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น ได้บูรณาการเกณฑ์ประเมินร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม ปี 2563 จนปัจจุบันได้พัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากการประเมินแบบ Manual ที่ต้องกรอกคะแนนใน Excel file ให้เป็นการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน รวมถึงสามารถตรวจสอบความถูกต้องได้อย่างแม่นยำ เป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวิเคราะห์การดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลในภาพจังหวัด เขต ประเทศ โดยนำมาใช้ในปี 2564 และได้มีการพิจารณาปรับรายละเอียดการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการวัดผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาปรับปรุง พัฒนางาน หรือการพัฒนาบุคลากร ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากการพัฒนาและขับเคลื่อนการจัดระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2560-2564 ได้มีการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ซึ่งมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ (ระดับดีขึ้นไป) ดังนี้

- ปี 2560 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 888 แห่ง (จาก 896 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 43 (386 แห่ง)
- ปี 2561 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 891 แห่ง (จาก 896 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 64 (567 แห่ง)
- ปี 2562 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 894 แห่ง (จาก 896 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 72 (640 แห่ง)
- ปี 2563 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 894 แห่ง (จาก 898 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 (808 แห่ง)
- ปี 2564 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน 896 แห่ง (จาก 899 แห่ง) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 67 (597 แห่ง)

สำหรับปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์ การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ มีการปรับรายละเอียดเกณฑ์การประเมินให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเป็นประสงคของแผนปฏิรูป ประเทศ (big rock) ด้านสาธารณสุขที่เน้นให้เกิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษา โรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและสำหรับผู้ป่วย ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่ใช้วัดผล ปี 2565 ทั้งหมด 13 ตัว เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ จึงมีการปรับเปลี่ยนและปรับรายละเอียด ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพงาน อย่างต่อเนื่อง (CQI) หรือขยายผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม ลดเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

2 แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

2.1 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ประกอบด้วย

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

2.2 องค์ประกอบการประเมิน

การดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นแนวทางการประเมินตนเองของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก ซึ่งเกณฑ์ประเมิน ประกอบด้วย การประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบบริการของ โรงพยาบาล ตาม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เป็นการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและ ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD รวมจำนวนตัวชี้วัดทั้งสิ้น 13 ตัวชี้วัด ได้แก่

- (1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- (2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL
- (3) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL <100 mg/dl
- (4) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
- (5) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์
- (6) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI \geq 25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
- (7) ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน

- (8) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
- (9) ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต $\geq 180/110$ มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัย
- (10) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
- (11) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
- (12) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $<20\%$ ในไตรมาส 3, 4
- (13) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย

ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นการประเมินกระบวนการพัฒนางานที่จะทำให้กระบวนการทำงานมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยผ่านกระบวนการทบทวน ปัญหาสาเหตุโอกาสในการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า

2.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ไตรมาส	การดำเนินงาน
ไตรมาส 1 และ 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลทบทวนผลการดำเนินงานปีงบประมาณที่ผ่านมาเพื่อหาโอกาสพัฒนา วางแผนการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) และจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ประจำปีงบประมาณปัจจุบัน 2. การประเมินรอบที่ 1 ผ่านแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online (http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th) <ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาล ประเมินตนเองส่วนที่ 1 โดยใช้หลักการขั้นบันได (Milestone) ● ผู้ดูแลระดับ CUP ร่วมประเมินและตรวจสอบ ● ทีมผู้ประเมินจาก สสจ. และ สคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมิน ● ส่วนที่ 2 ระบบจะประมวลผลโดยใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ข้อมูล Freeze ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์
ไตรมาส 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทีมผู้ประเมินซึ่งกำหนดร่วมกันในเขตสุขภาพ (สคร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ลงประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินตนเองร่วมกันกับโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน โดยเน้นในรูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 2. ทีมผู้ประเมินคัดเลือกและส่งรายชื่อโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ดีเด่น เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขต ในการประกวด NCD Clinic Plus Awards ไปยังกองโรคไม่ติดต่อ
ไตรมาส 4	<p>การประเมินรอบที่ 2 ผ่านแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online (http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาล ประเมินตนเองส่วนที่ 1 และแบบเอกสารส่วนที่ 3 สรุปผลการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) จำนวน 1 เรื่อง ● ผู้ดูแลระดับ CUP ร่วมประเมินและตรวจสอบ ● ทีมผู้ประเมินจาก สสจ. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินส่วนที่ 1 และประเมินให้คะแนนส่วนที่ 3 ของโรงพยาบาล ● สคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 ● ส่วนที่ 2 ระบบจะประมวลผลโดยใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ข้อมูล Freeze ณ วันที่ 16 สิงหาคม

2.4 กรอบเวลาการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus (Time Frame) ในปีงบประมาณ

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

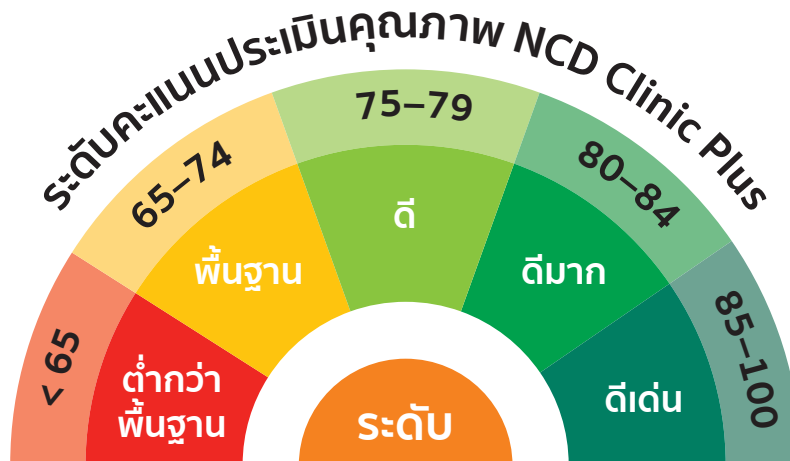
3 เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

3.1 เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1

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

3.2 เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 2

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



การผ่านเกณฑ์ประเมิน

ระดับสถานบริการ : โรงพยาบาลได้คะแนนประเมินรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน

ระดับเขตและประเทศ : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75*

หมายเหตุ * ค่าเป้าหมายร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565



4

คำชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

4.1 ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง นโยบาย			6	30	
1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย			1	5	
	1. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยผู้บริหาร	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยคณะกรรมการ NCD board โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้	2			
	3. มีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลได้รับรู้ทั่วถึงกัน	3			
	4. มีการวิเคราะห์ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายในการประชุมคณะกรรมการ NCD board ระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4			
	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการดำเนินงานมาปรับให้ทันเหตุการณ์ สอดคล้องกับสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน	5			
1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน			1	5	
	1. มีการวางแผน, มีแผนปฏิบัติการ/กิจกรรม เพื่อป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง) ภายในองค์กร	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมและงบประมาณที่ชัดเจนสอดคล้องกับการทบทวน วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงานของทิศทาง นโยบาย เป้าหมายที่สอดคล้องกับแผนจังหวัด และ/หรือระดับกระทรวง	2			
	3. มีการกำหนดเป้าหมายของแผนปฏิบัติการและกิจกรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และปรับปรุง	4			
	5. มีแผนพัฒนาระดับการดำเนินงานในทุกคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus			2	10	
	1. มีการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากร ความต้องการด้านทักษะและวิชาการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อสนับสนุนความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	2			
	3. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ/หรือ ได้รับการรับรองผ่านการอบรม	3			
	4. มีแผนจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม เพียงพอเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน	4			
	5. มีการจัดสรรบุคลากรทดแทนที่เหมาะสม เพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน	5			
1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาและทีมผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน สำหรับการให้บริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ใน NCD Clinic	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาสำหรับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ/หรือ การให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมที่ชัดเจน	2			
	3. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ แต่ไม่เพียงพอ และ/หรือ สถานที่ที่ไม่เหมาะสมต่อการให้บริการ	3			
	4. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ และมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมต่อการให้บริการ	4			
	5. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ และมีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมต่อการให้บริการ รวมถึงสามารถสนับสนุนให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ	5			
1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	2			
	3. มีแผนและดำเนินการติดตามประเมินการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus	3			
	4. มีผลการกำกับ ติดตาม อย่างเป็นระบบ อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	4			
	5. มีการนำผลการกำกับติดตามประเมินผลมาพัฒนา 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	
	1. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคลครบถ้วน - ทะเบียนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ - ทะเบียนการให้บริการ (การวินิจฉัย ผลทางห้องปฏิบัติการ ยา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ประเมินปัจจัยเสี่ยง) - ทะเบียนผลลัพธ์การดูแลรักษา (ภาวะแทรกซ้อน การควบคุมภาวะโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง) - ทะเบียนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการแยกรายกลุ่มครบถ้วน - กลุ่ม Pre-DM, Pre-HT และกลุ่มสงสัยป่วย - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตา - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท้า (แยกตาม Stage) - กลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง (Stage 1-5) - กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk $\geq 20\%$ (แยกกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง)	2			
	3. มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียน เพื่อใช้ประโยชน์ทางคลินิก ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม	3			
	4. มีการนำผลการวิเคราะห์มาใช้สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ	4			
	5. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5			
2.2 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Data Exchange) ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด			2	10	
	1. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และสารสนเทศ ผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ และจังหวัด	2			
	3. มีการใช้และตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอ และจังหวัด	3			
	4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการปรับปรุงแก้ไข	4			
	5. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้														
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)												
2.3 มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ			4	20													
	1. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน 1-2 ครั้ง/ปี	1	ข้อเสนอแนะ :														
	2. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	2															
	3. มีการรายงานผลการวิเคราะห์ให้กับเครือข่ายบริการ และผู้บริหาร	3															
	4. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานของ NCD Clinic Plus	4															
	5. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เป็นข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหาร	5															
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ			12	60													
3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ กุติภูมิ ตติภูมิ)			3	15													
	1. มีการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางมาตรฐาน และลงทะเบียนแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และวินิจฉัยกลุ่มป่วย	1	ข้อเสนอแนะ :														
	2. มีการค้นหาความเสี่ยง และประเมินโอกาสเสี่ยงให้แก่กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มเสี่ยง</th> <th>กลุ่มป่วย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5) </td> <td> 1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5) - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - สุขภาพช่องปาก </td> </tr> <tr> <td>2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)</td> <td>2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่มเสี่ยง				กลุ่มป่วย	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5)	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5) - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - สุขภาพช่องปาก	2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)	2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)		3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง		4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน		5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย																
1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5)	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ - ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน - แบบแผนการออกกำลังกาย - การสูบบุหรี่ (5A) - ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) - แบบแผนการบริโภค - ความเครียด (ST5) - โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) - สุขภาพช่องปาก																
2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)	2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)																
	3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง																
	4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน																
	5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง																
	3. มีการค้นหาสาเหตุของปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคภาวะแทรกซ้อน และการสื่อสารความเสี่ยงแก่ผู้รับบริการ (Know your numbers & Know your risk)	3															
	4. มีการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	4															
	5. มีการทบทวนและปรับปรุงทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง การวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าให้เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน	5															

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
3.2 การให้บริการเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง			3	15	
	1. มีการวิเคราะห์และคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการรายบุคคล และ/หรือ ผู้ดูแล	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการวางแผนการให้บริการเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินร่วมกับผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม และ/หรือ ผู้ดูแล	2			
	3. มีการปฏิบัติตามแผนเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง การจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยยึดตามมาตรฐานแนวทางการให้บริการ และ/หรือ ส่งต่อคลินิกอื่น	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง การจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม	4			
	5. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพและกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง	5			
3.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย			2	10	
	1. มีระบบการรับ-ส่งต่อระหว่างเครือข่าย และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรับ-ส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	2			
	3. มีการวางแผนและดำเนินกิจกรรมตามแผนการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)	3			
	4. มีการติดตามและนำผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) มากทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	4			
	5. มีแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับแผนท้องถิ่น (อปท.) หรือ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีผู้ประสานงาน NCD Case Manager/ Coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	2			
	3. ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนและดำเนินการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล	4			
	5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
3.5 เครื่องช่วยการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง			2	10	
	1. มีเครื่องช่วยการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครื่องช่วยการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข	2			
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	3			
	4. มีการติดตาม/ประเมินผลของผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบ (รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการนอกกระทรวงสาธารณสุข)	4			
	5. มีการแจ้งผลการติดตาม และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครื่องช่วยผ่านเวที และ/หรือ ช่องทางที่เหมาะสม	5			
องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง			8	40	
4.1 การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			2	10	
	1. มีการกำหนด Core Content (เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า) ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมากำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	2			
	3. มีแผนและดำเนินการตามกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	3			
	4. มีการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	4			
	5. มีการติดตามและนำผลการดำเนินงานมาทบทวน เพื่อปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	5			
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล			2	10	
	1. มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายกลุ่ม ด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการสื่อสารข้อมูลการรักษา ระยะของโรค ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายบุคคลด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น คู่มือ สมุดสุขภาพ LINE Application เป็นต้น	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการตนเองมาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	3			
	4. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่บ้าน ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ เช่น SMBG/SMBP และสามารถแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญให้แก่ทีมสหวิชาชีพ	4			
	5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	5			
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม			2	10	
	1. มีกลุ่ม/ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สัมพันธภาพทางสังคมและการช่วยเหลือภายในกลุ่มเพื่อน	2			
	3. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดของกลุ่ม/ชมรม ทั้งการจัดกิจกรรมรูปแบบปกติ และ/หรือ ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรม	4			
	5. มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของกลุ่ม/ชมรม	5			
4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			2	10	
	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ที่หลากหลายรูปแบบ เหมาะสมกับผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่	2			
	3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้มารับบริการ	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้สื่อ และ/หรือ เครื่องมือ ร่วมกับผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4			
	5. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ			5	25	
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุม และโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ			2	10	
	1. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการครอบคลุมทุกกระบวนการ (ตาม CPG นั้นๆ)	2			
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับในสถานบริการ และเครือข่าย	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)	4			
	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน เป็นระยะ เพื่อให้มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน	5			
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานเพื่อให้การปรึกษาเบื้องต้น แต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการกำหนดเกณฑ์การให้คำปรึกษาโดยสหวิชาชีพหรือตัวแทนในโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้ง รวมทั้งกำหนดช่องทางของการให้คำปรึกษา	2			
	3. มีการดำเนินงานตามระบบการให้คำปรึกษา	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายสม่ำเสมอ	4			
	5. มีการวิเคราะห์ปัญหาในการให้คำปรึกษาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพสถานบริการ และเครือข่ายทุกระดับ	5			
5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค			1	5	
	1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2			
	3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference / KM มาปรับปรุงกระบวนการจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	3			
	4. มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มารวบรวมเป็นคลังความรู้	4			
	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวกหลายช่องทางเช่น Social Media Website	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 6 การจัดการเชื่อมโยงชุมชน			10	50	
6.1 การสนับสนุนทิศทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน			2	10	
	1. มีการส่งคืนข้อมูลที่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนหรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ และชุมชน	2			
	3. มีจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ในชุมชน โดยเครือข่ายบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ร่วมกัน	3			
	4. มีการดำเนินงานตามแผนและประเมินผลการดำเนินงานครบ ทุกแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	4			
	5. มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			
6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน			2	10	
	1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงาน ในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการ ตามแผนงาน ที่วางไว้	2			
	3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการ ดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการ ปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค	4			
	5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	5			
6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน			2	10	
	1. มีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ และสามารถระบุปัญหา และรากเหง้าของปัญหาของชุมชนที่ต้องจัดการ เพื่อสร้างเป็นนโยบายสาธารณะ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. มีแผนงานโครงการหรือแผนกิจกรรม เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะ ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักโรคไม่ติดต่อ	2			
	3. มีการผลักดันให้เกิดการใช้นโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การทำประชาคมตีในชุมชน, การทดลองใช้นโยบายในบางพื้นที่	3			
	4. มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพ ในพื้นที่รับผิดชอบ	4			
	5. มีการบูรณาการนโยบายสาธารณะร่วมกับคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ที่ดำเนินการเอง	2			
	3. มีกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ และ/หรือ กลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินการกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรม อย่างต่อเนื่อง	5			
6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของ อสม.			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพมีแผนงานสนับสนุนให้ อสม.มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	1	ข้อเสนอแนะ :		
	2. อสม. มีเป้าหมายการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	2			
	3. อสม. ดำเนินการตามแผนอย่างน้อยร้อยละ 50	3			
	4. เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ อสม.	4			
	5. เครือข่ายบริการสุขภาพมีการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน ร่วมกับ อสม.	5			
คะแนนรวม			50	250	

การคิดคะแนน ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

รอบที่ 1 (50 คะแนน) คะแนนรวม = $\frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times 50}{250}$

รอบที่ 2 (40 คะแนน) คะแนนรวม = $\frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times 40}{250}$



4.2 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย

การประเมินทิศทาง และนโยบายจะประกอบด้วย NCD Board การวางแผนปฏิบัติการ การตกลงทำงาน ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ และการติดตาม ความก้าวหน้า ทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์ ตามรายละเอียดดังนี้

1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย

การกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการโรคไม่ติดต่อที่เน้นการป้องกันควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อลดโรค โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น งานวิจัย การสำรวจ เป็นต้น เพื่อใช้ในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ NCD board ระดับอำเภอได้มีส่วนร่วมผ่านการประชุมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีสรุปรายงานการประชุม ติดตามผลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข วิเคราะห์ช่องว่าง (GAP) เพื่อการพัฒนาปรับทิศทาง และเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อการลดปัญหาและมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการให้บริการ โรคไม่ติดต่อ

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

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน หนังสือคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและบทบาทรับผิดชอบ รายงานการประชุม NCD board เป็นต้น

1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ ทั้งในสถานการณปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน

การวางแผนปฏิบัติการจะต้องมีผู้รับผิดชอบ ทีมที่รับผิดชอบในการเชื่อมโยงแผนปฏิบัติงาน และการบริหารจัดการมีการวิเคราะห์ปัญหา (GAP analysis) และชี้เป้าปัญหาอย่างมีส่วนร่วม มีการนำผลการวิเคราะห์ ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการโดยที่แผนปฏิบัติการ กิจกรรม จะต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่วัดได้ และตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงกระบวนการ ทิศทาง นโยบายรวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่สนับสนุน การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานการณปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน

หมายเหตุ:

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

3) แผนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ Contracting Unit for Primary Care (CUP) คือ แผนการวางระบบการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้ตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และเชื่อมโยงกิจกรรมดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นองค์รวม ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ โดยการกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

4) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

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

5) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)

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

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนปฏิบัติการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

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

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

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

1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus

การจัดสถานที่ในการให้บริการจะต้องมีพื้นที่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ สะดวก เป็นสัดส่วน และเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยมีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ และกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการมีจำนวนเพียงพอ และสามารถนำไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งาน และมีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์โดยมีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องโดยมีการแบ่งเกณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอมีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งานตามระดับของโรงพยาบาล ดังนี้

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

หากโรงพยาบาลมีเครื่องมือ และอุปกรณ์ไม่เพียงพอตามข้อมูลข้างต้น ควรมีการบริหารจัดการหรือจัดหาเครื่องมือ และอุปกรณ์จากหน่วยบริการในเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ของหน่วยงาน, รายงานการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ เป็นต้น

1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus

การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานจะต้องมีการทบทวนทิศทางการดำเนินงานทุกไตรมาส และนำผลการติดตามไปปรับปรุงเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีการติดตามแผนงานโครงการตามที่ตั้งไว้ในแผนและมีแผนการติดตามนิเทศเครือข่าย

* ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จะต้องกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุกไตรมาส

* กลไกในการดำเนินงาน เช่น การประชุมบอร์ด การประชุมทีมงาน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ เป็นต้น
หมายเหตุ: ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายจากข้อ 1.1

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

รายงานการประชุม สรุปผลการประเมิน แผนการปรับปรุงการทำงาน และแผนผังคัมกำหนดงาน (Gantt chart) เป็นต้น

****ผู้ที่รับการสอบถามในองค์ประกอบที่ 1:**

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

องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย การมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ ครบถ้วน และสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่ายสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร

ระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรค โดยชุดทะเบียนข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) ทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคล
 - ทะเบียนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ
 - ทะเบียนการให้บริการ ประกอบด้วย ข้อมูลการวินิจฉัย ผลทางห้องปฏิบัติการ ยา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ประเมินปัจจัยเสี่ยง
 - ทะเบียนผลลัพธ์การดูแลรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน การควบคุมภาวะโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง
 - ทะเบียนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- 2) ทะเบียนข้อมูลการให้บริการแยกรายกลุ่ม
 - กลุ่ม Pre-DM, Pre-HT และกลุ่มสงสัยป่วย
 - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง
 - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
 - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตา
 - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท้า (แยกตาม Stage)
 - กลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง (Stage 1-5)
 - กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk $\geq 20\%$ (แยกกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง)

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

ทะเบียน 43 แฟ้ม, Excel file ที่หน่วยบริการสร้างเพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลของตนเองสมุดทะเบียน การดูแลสุขภาพ เป็นต้น

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

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

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

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

2.3 มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานและการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ การดูแลรักษา และออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งในรายบุคคล กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ รวมไปถึงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย 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 มาจัดทำประมวลผลให้อยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ ที่สามารถนำไปใช้งานได้ เช่น จำนวน อัตรา สัดส่วน ความชุก เป็นต้น และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งอื่นที่น่าเชื่อถือ เช่น การนำข้อมูลการวิจัย การสำรวจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพระดับวิทยา เป็นต้น เพื่อนำมาใช้อธิบายการเกิดของเหตุการณ์เชิงพรรณนาของบุคคล เวลา สถานที่

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข, รายงานผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus สอบ 6 เดือน/ประจำปี, รายงานผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus สำหรับผู้บริหาร เป็นต้น

**ผู้ที่รับการสอบถามในองค์ประกอบที่ 2:

NCD case manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus

องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

ระบบและกระบวนการบริการ ประกอบด้วย การให้บริการคัดกรองค้นหาความเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การประเมินโอกาสเสี่ยงให้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การให้การวินิจฉัย การจัดบริการที่มีมาตรฐานตามระยะโรค มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ มีระบบรับ-ส่งต่อ ระหว่างเครือข่ายให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงมีเครือข่าย การดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)

การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาและลงทะเบียนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งนำไปสู่การค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยงทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การสื่อสารความเสี่ยง แก่ผู้รับบริการ (Know your numbers & Know your risk) รวมไปถึงการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและวินิจฉัย กลุ่มป่วย จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน มีทบทวนและปรับปรุงทะเบียนให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดการค้นหาและประเมินโอกาสเสี่ยง ดังนี้

กลุ่มเสี่ยง

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

กลุ่มป่วย

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

หมายเหตุ:

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

โอกาสเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดโรค ซึ่งในโรคไม่ติดต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมากขึ้น

3.2 การให้บริการเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง

การให้บริการตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูลและค้นหาข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคล และ/หรือ ผู้ดูแล เพื่อวางแผนให้บริการเพื่อการจัดการโรค การจัดบริการเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังและจัดการกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน และให้บริการตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานตามระยะโรค รวมถึงมีการค้นหาข้อมูลให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ 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 การจัดทำตารางเวลาออกให้บริการ การกำหนดทีมให้บริการที่ชัดเจน และการติดตามผลการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการรักษาใน Family Folder ของผู้ป่วย กรณีที่ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

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

สรุปประเด็นสำคัญ:

ข้อ 3.4 เน้นเรื่องผู้ประสานงาน ให้เป็นรูปแบบของ บุคคล ทีมประสานและมีคณะทำงานของทีมสหวิชาชีพ ในการดำเนินงาน

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

คำสั่งแต่งตั้งผู้ประสานงาน NCD Case Manager, รายชื่อและเบอร์ติดต่อ NCD Case Manager ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงไปชุมชน ที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

มีเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงกับสถานบริการสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติ การติดตามประเมินผล การแจ้งผลการติดตามการดูแลรักษา และส่งต่อระหว่างเครือข่ายในการดูแลโรคไม่ติดต่อ โดยเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

**ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 3:

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

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย รวมถึงมีกระบวนการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและจัดการตนเอง ช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องกำหนดเนื้อหาสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยการให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเองที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า เป็นต้น ทั้งนี้จัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแผน และกิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้ตามปัญหาผู้รับบริการ มีการดำเนินการตามแผน และติดตามผลเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

ดูจากเอกสารการติดตามการจัดการรายกรณี

4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

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

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวทาง/Flow chart กระบวนการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษาและการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการ เป็นต้น

4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเองในการทำหน้าที่ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม

การสนับสนุนการจัดการตนเองให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี โดยมีการจัดกลุ่ม/ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง มีแผนการดำเนินกิจกรรมและดำเนินการตามแผน รวมทั้งมีการประเมินผลการดำเนินงาน และนำผลมาพัฒนาแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สามารถดำเนินการได้ทั้งการจัดกิจกรรมในรูปแบบปกติหรือการกิจกรรมในรูปแบบที่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

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 วิธีการจัดยา เป็นต้น ที่มีรูปแบบหลากหลาย เหมาะสมกับผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ ควรมีการประเมินผลการใช้สื่อ/เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและคิดค้นนวัตกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพผู้รับบริการ

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการดำเนินงานที่มีรูปแบบการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยมีการวางแผนติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 4:**

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus และผู้รับบริการ

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ประกอบด้วย มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษา รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลและจัดการโรค มีรายละเอียด ดังนี้

5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ

แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมกระบวนการดำเนินงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ได้แก่

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

ทั้งนี้ต้องมีการชี้แจง สื่อสารให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับให้รับทราบ มีการประเมินผลและทบทวนปรับปรุงแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐานเป็นระยะ

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข

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

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แนวทาง/Flow Chart การประสานงานให้คำปรึกษาเครือข่ายบริการสาธารณสุข เป็นต้น

5.3 Chronic Case Conference/KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค

การดำเนินกิจกรรม Chronic Case Conference/KM โดยการจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ มีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำผลมาปรับปรุงกระบวนการจัดบริการ รวมทั้งนำผลการเรียนรู้ และนวัตกรรมมารวบรวมเป็นคลังความรู้ โดยกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้สะดวกหลายช่องทาง เช่น Social Media Website เป็นต้น

สรุปประเด็นสำคัญ:

Case Conference/KM เพื่อองค์ความรู้ ข้อค้นพบใหม่ ที่ได้จากกระบวนการทำงาน ซึ่งข้อค้นพบใหม่นี้ คือการอธิบายผลการทำงานที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดหมายทั้งที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ แต่เป็นประโยชน์ ต่อการทำงานให้ดีขึ้นกว่าเดิม และปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นโดย Case Conference โดยมากจะเป็นกรณี ตัวอย่าง 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 ศึกษานโยบายในการลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพะ ของคนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพและสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 การสนับสนุนศึกษานโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน

การสนับสนุนศึกษานโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรค โดยมีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ชุมชน หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.) ได้รับทราบและมีส่วนร่วมในการกำหนด ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน เช่น 3อ.2ส. การสร้างผู้นำการออกกำลังภายในชุมชน ให้ความรู้ร้านค้า ลด หวาน มัน เค็ม เป็นต้น ทั้งนี้ควรมีการประเมิน ผลการดำเนินงานกิจกรรมตามแผน และติดตามการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เข้ามามีส่วนร่วม

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน เป็นต้น

6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนหรือร่วมดำเนินการกับชุมชนในการจัดทำแผนโครงการ ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค เช่น จัดสภาพแวดล้อมเรื่องขยะ น้ำ ตลาด เป็นต้น และมีแผนงาน การดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน มีการติดตามผลการดำเนินงาน และนำผลมาปรับปรุงแผนงานโครงการ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนงาน/โครงการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน, ภาพกิจกรรม เป็นต้น

6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

ชุมชนมีการดำเนินนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ และพร้อม ที่จะรับพิชชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น โดยมีแนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างเสริม สิ่งแวดล้อม ทั้งทางสังคม และกายภาพ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มุ่งเน้นให้ประชาชนมีทางเลือก และสามารถเข้าถึง ทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ความสงบสุข ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ และสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม และความเท่าเทียม กันในสังคม ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาจากหลายฝ่าย ได้แก่ เครือข่ายบริการ สุขภาพระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และตัวบุคคล

6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

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

หมายเหตุ :

เครือข่ายบริการสุขภาพ ต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม และต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 20 คน ต่อชมรม

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

ภาพการจัดกิจกรรม/กลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของ อสม

เครือข่ายบริการสุขภาพสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลติดตามระดับน้ำตาล ในเลือด และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยร่วมกันจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีการดำเนินการตามแผน ติดตาม และทบทวนกระบวนการทำงาน

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการดูแลติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ ภาพกิจกรรม เป็นต้น

****ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 6:**

เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ครู และผู้นำชุมชน



4.3 ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
				1	2	3	4	5		
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	≥80	5	<65	65	70	75	≥80	25	
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	ร้อยละ	≥65	2	<50	50	55	60	≥65	10	
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	ร้อยละ	≥55	2	<40	40	45	50	≥55	10	
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	≥40	4	<25	25	30	35	≥40	20	
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ	≥60	4	<45	45	50	55	≥60	20	
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ	≥5	4	<-2.5	-2.5	0	2.5	≥5	20	
7. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	≤2	4	>8	8	6	4	≤2	20	
8. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	≥80	5	<65	65	70	75	≥80	25	
9. ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต ≥ 180/110 มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	≥80	4	<65	65	70	75	≥80	20	
10. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	≥60	4	<45	45	50	55	≥60	20	
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	≥80	4	<65	65	70	75	≥80	20	
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < 20% ในไตรมาส 3, 4	ร้อยละ	≥40	4	<25	25	30	35	≥40	20	
13. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ะลอกการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ	≥69	4	<63	63	65	67	≥69	20	
คะแนนรวม			50						250	

การคิดคะแนน ส่วนที่ 2 ประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน)

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

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

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

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



4.4 ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI

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

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

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

การคิดคะแนน ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI (10 คะแนน)

การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยจะ**นำมาคิดคะแนนเฉพาะการประเมินรอบที่ 2**

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

4.5 คำอธิบายเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI

การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI เป็นการมองหาโอกาสในการพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยกระบวนการแก้ไขปัญหา ข้อมูล ความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พัฒนาต่อยอดตามรูปแบบ PDCA รายละเอียด ดังนี้

1.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

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

1.2 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ

ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพเป็นการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย โดยนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่วางไว้ตามวัตถุประสงค์ของแผนงานและโครงการ

- ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เป็นการวัดที่ไม่สมบูรณ์แบบตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่เน้นให้เห็นถึงการพัฒนา
- ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการวัดที่สมบูรณ์แบบตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงคุณภาพที่ดีขึ้น
- ผลลัพธ์เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการวัดที่สมบูรณ์แบบเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้

1.3 การนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า

ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางที่เป็นมาตรฐานตามระยะโรค และมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ประโยชน์ได้กับหลาย ๆ หน่วยงาน รวมทั้งมีการเผยแพร่ภายนอกโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นต้นแบบให้กับสถานบริการอื่น และผลงานสามารถพัฒนาต่อยอดได้ในอนาคต

5

ภาคผนวก

5.1 Template ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

ตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	<p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วัน ถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl <p>หมายเหตุ : ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่ (2) ได้เลย</p> <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วัน ถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-90 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)</p>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วัน ถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน
รายการข้อมูล 2	B: จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
วิธีการประมวลผล	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วัน ถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 ประมวลผลจาก แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) B: จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3(ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL \geq 126 mg/dl



ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน รหัส ICD-10 (E10-E14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (TYPE AREA 1 และ 3)
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL
รายการข้อมูล 2	B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
วิธีการประเมินผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)</p> <p>A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL (ประเมินผลจากแฟ้ม LABFU กรณีเก็บความครอบคลุมมาบันทึกต้องระบุรหัสสถานบริการที่ตรวจใน LABFU.LABPLACE ชัดเจน)</p> <p>A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL (ประเมินผลจากแฟ้ม CHRONICFU และ LABFU ของสถานบริการ)</p> <p>B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”) คือ 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)</p> <p>B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่ขึ้นทะเบียน CHRONIC และมารับบริการทั้งหมด จากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ</p> <p>หมายเหตุ : ประชากร ทุก TYPEAREA และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)</p>

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน รหัส ICD-10 (E10-E14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (TYPE AREA 1 และ 3)
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการได้รับการตรวจไขมัน LDL ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่าไขมัน LDL < 100 mg/dl จากการตรวจครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่าไขมัน LDL < 100 mg/dl จากการตรวจครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	B1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL ทั้งหมด B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ได้รับการตรวจไขมัน LDL ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน
วิธีการประมวลผล	คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ) A1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการตรวจไขมัน LDL จาก B1 และมีค่าไขมัน LDL (LABFU.LABTEST = "0541402") < 100 mg/dl จากการตรวจครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT (ประมวลผลจากแฟ้ม LABFU กรณีเก็บความครอบคลุมมาบันทึกต้องระบุรหัสสถานบริการที่ตรวจใน LABFU.LABPLACE ชัดเจน) A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ได้รับการตรวจไขมัน LDL จาก B2 และมีค่าไขมัน LDL (LABFU.LABTEST = "0541402") < 100 mg/dl จากการตรวจครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT (ประมวลผลจากแฟ้ม CHRONICFU และ LABFU ของสถานบริการ) B1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการตรวจไขมัน LDL หมายเหตุ : ประชากรที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN ("1", "3") คือ 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน CHRONIC และมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ได้รับการตรวจไขมัน LDL หมายเหตุ : ประชากร ทุก TYPEAREA และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย)

ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8</p> <p>*หมายเหตุ: รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25 2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50 3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5 5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชัก และโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
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	E1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี E2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
รายการข้อมูล 6	F1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตรับผิดชอบทั้งหมด F2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
วิธีการประมวลผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม <p>A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนที่มารับบริการ จากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ที่ได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST=“0531601”) ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT</p> <ul style="list-style-type: none"> - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม <p>B1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)</p> <p>B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน CHRONIC และมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ</p>

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD-10 : E10-14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการ</p> <p>ความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg 2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg 3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg <p>*หมายเหตุ: รหัส ICD 10 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-4 รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-4 N18.1-N18.4</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD-10 : E10-14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	<p>A1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณตามเกณฑ์</p> <p>A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณตามเกณฑ์</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด</p>
รายการข้อมูล 3	<p>C1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg</p> <p>C2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg</p>

รายการข้อมูล 4	<p>D1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>D2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด</p>
รายการข้อมูล 5	<p>E1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในพึงบประมาณน้อยกว่า 140/90 mmHg</p> <p>E2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในพึงบประมาณน้อยกว่า 140/90 mmHg</p>
รายการข้อมูล 6	<p>F1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>F2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด</p>
รายการข้อมูล 7	<p>G1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในพึงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg</p> <p>G2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในพึงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg</p>
รายการข้อมูล 8	<p>H1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>H2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A1/B1) \times 100$</p>
วิธีการประมวลผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงพึงบประมาณ)</p> <p>A1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในพึงบประมาณตามเกณฑ์ (สัญญาชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU</p> <p>A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในพึงบประมาณตามเกณฑ์ (สัญญาชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU</p>

วิธีการประมวลผล

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

B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ

C1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU

C2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณน้อยกว่า 130/80 mmHg (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU

D1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ อายุต่ำกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD)

D2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ อายุต่ำกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD)

E1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณน้อยกว่า 140/90 mmHg (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU

E2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณน้อยกว่า 140/90 mmHg (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU

วิธีการประมวลผล

F1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD)

F2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD)

G1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU

G2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU

H1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4 H2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด (สัญชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ อายุต่ำกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1-4

**ตัวชี้วัดที่ 6 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 (หน่วยเป็น เมตร) ยกกำลังสอง
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD-10 : E10-14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฝ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
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.และแฝ้ม 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.และแฝ้ม PERSON ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN ("1", "3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย)

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวชี้วัด	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจนระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (Conscious Change) หรือสัญญาณชีพผิดปกติ (Abnormal Vital Signs) และ/หรือภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่จัดอยู่ในกลุ่ม DKA และ Hyperosmolar Coma</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	<p>A1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p> <p>A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
วิธีการประมวลผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)</p> <p>A1: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากแฟ้ม LABFU 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</p> <p>A2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากแฟ้ม LABFU 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</p> <p>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)</p> <p>B2: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย)</p>

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ</p> <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ 80 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน(ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการจัดเก็บข้อมูลบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน 90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p>
วิธีการประมวลผล	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ วิธีการประมวลผล</p> <p>A1: กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกัน อย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย</p> <p>A2: กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดย ประมวลผลจาก แฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ที่มีประวัติสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในแฟ้ม NCDSCREEN โดยพิจารณาผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง 2 วิธีจะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก</p> <p>B1: กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2564</p> <p>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิม)</p> <p>1. ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุขเดิมภายใน 90 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข จะต้องไม่เกินวันที่ 29 มกราคม 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2564</p>

ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต $\geq 180/110$ มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัย

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิต $\geq 180/110$ มม.ปรอท จากการคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัย
คำนิยาม	<p>ผู้ที่มีความดันโลหิต $\geq 180/110$ มม.ปรอท จากการคัดกรอง หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท ในปีงบประมาณ</p> <p>ได้รับการวินิจฉัย หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10-I15) ในปีงบประมาณ ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย</p> <p>วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10-I15)</p> <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ในวันที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง - วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ในวันถัดไป จากที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง แต่ไม่เกิน 7 วันจากการคัดกรองความดันโลหิตสูง - วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ตั้งแต่วันที่ 8 จากการคัดกรองความดันโลหิตสูง และภายในปีงบประมาณ
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่าผู้ที่มีความดันโลหิต $\geq 180/110$ มม.ปรอท ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนรักษาโรคความดันโลหิตสูงจริง (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10-I15)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรในเขตรับผิดชอบได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย(SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099"(สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แอปพลิเคชัน Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1	<p>A = ประชากรในเขตรับพิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10-I15) ในปีงบประมาณ</p> <p>วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10-I15)</p> <ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ในวันที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง - วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ในวันถัดไป จากที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง แต่ไม่เกิน 7 วัน จากการคัดกรองความดันโลหิตสูง - วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10 - I15) ตั้งแต่วันที่ 8 จากการคัดกรองความดันโลหิตสูง และภายในปีงบประมาณ <p>หมายเหตุ : วินิจฉัยโดยแพทย์ที่สถานบริการสาธารณสุขแห่งใดก็ได้</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = ประชากรในเขตรับพิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท ในปีงบประมาณ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>(A/B) x 100</p>
วิธีการประมวลผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)</p> <p>A: ประชากรใน B ได้รับการวินิจฉัยจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งใดก็ได้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ (รหัส ICD-10 สามหลักขึ้นต้นด้วย I10-I15) ในปีงบประมาณ ประมวลผลจากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP,NCDSCREEN.DBP, DIAGNOSIS_OPD,DIANOSIS_IPD รหัส ICD-103 หลักขึ้นด้วย I10 - I15 ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับพิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”)</p> <p>1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับพิดชอบและอยู่จริง) , 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับพิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับพิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE= “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION= “99” (สัญชาติไทย)</p> <p>B: ประชากรในเขตรับพิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท จากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP, NCDSCREEN.DBP ทั้งหมด ในปีงบประมาณ</p>
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย - แนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ในการดูแลภาวะความดันโลหิตสูง ระดับ 4 (BP ≥ 180/110 มม.ปรอท)

ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I10-I15</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ/หรือ < 90 mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี</p> <p>B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ</p> <p>C1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ</p> <p>D1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ</p>
รายการข้อมูล 2	<p>A2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี</p> <p>B2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ</p> <p>C2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ</p> <p>D2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ และไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ</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.TYPEAREA IN ("1", "3") 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) 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)</p>

วิธีการประมวลผล

B1: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) 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 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน 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 (สัญชาติไทย) ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN ("1", "3") และไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปิงบประมาณ

A2: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปิงบประมาณของหน่วยบริการ และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปิงบประมาณ 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 ในปิงบประมาณของหน่วยบริการ

C2: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปิงบประมาณของหน่วยบริการ และมีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน 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 ในปิงบประมาณของหน่วยบริการและไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปิงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติมานานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
สูตรในการคำนวณ	<p>ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง x 100</p> <p>ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้มของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์หญิงวรางคณา พิชัยวงศ์ โรงพยาบาลราชวิถี โทร 081-6469469 warangkana.p@rsu.ac.th 2. นายไพบุณย์ ไวกัย โทร 081-853-4057, paiboon.wa@moph.mail.go.th
หมายเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยจะถือว่าได้รับการคัดกรองโรคไต ก็ต่อเมื่อ <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ 2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีงบประมาณเดียวกัน โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด - การตรวจ urine protein อาจตรวจด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ คือ <ol style="list-style-type: none"> (1) urine albumin-to-creatinine ratio (ACR) รหัส 0440206; (2) urine protein-to-creatinine ratio (UPCR) รหัส 17 หรือ 0440205; (3) microalbuminurias รหัส 12 หรือ 0440204 (4) macroalbuminuria รหัส 14 หรือ 0440203 - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD จะหมายถึง CKD จากสาเหตุใดก็ตาม เช่น นิ่วโรคนิ่วเบาหวานและความดันโลหิต เป็นต้น

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))] + [(ผู้ป่วยขอตัวหารที่มี I* ที่ตรวจข้อใดข้อหนึ่งของ (creatinine (LABTEST11) หรือ eGFR (LABTEST15) ใน File : LABFU))]x100

ตัวชี้วัดที่ 12 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	<p>ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ: รหัส ICD10 ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> รหัสโรคเบาหวาน E10.-E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10.-E14. ร่วมกับ I60-I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) รหัสโรคความดันโลหิตสูง I10-I15 ยกเว้นรหัส I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9 และ รหัส I10-I15 ร่วมกับ I60-I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1 และ 3)</p> <p>Type area 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่จริง</p> <p>Type area 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล	<p>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% ในไตรมาส 3, 4</p> <p>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</p>
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 13 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4
ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย**

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แล้วเป็นโรคไตเรื้อรัง stage 3-4</p> <p>eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วยตามสมการ CKD-EPI</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 69
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A: จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงสัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ 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 โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/Bx100

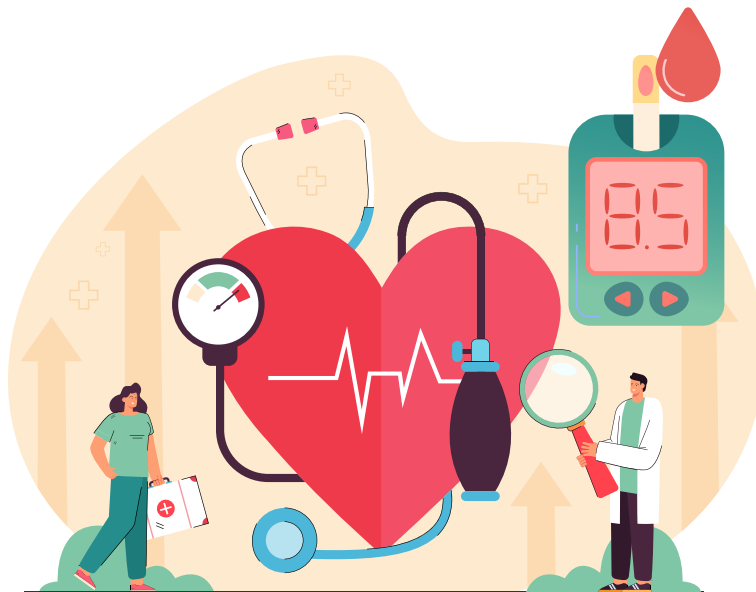
วิธีการประเมินผล

A: จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงชาวไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5 ประมวลผลจากแฟ้ม

- ป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS
- ค่า eGFR จากแฟ้ม LABFU
- เป็นผู้ป่วย CKD STAGE จากแฟ้ม DIAGNOSIS และ LABFU ซึ่งทุกแฟ้มจะต้องเชื่อมโยงข้อมูลกับแฟ้ม PERSON ได้

B: จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงชาวไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณประมวลผลจากแฟ้ม

- ป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS
- ค่า eGFR จากแฟ้ม LABFU
- เป็นผู้ป่วย CKD STAGE จากแฟ้ม DIAGNOSIS และ LABFU ซึ่งทุกแฟ้มจะต้องเชื่อมโยงข้อมูลกับแฟ้ม PERSON ได้



5.2 แบบฟอร์มการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI

แบบฟอร์มการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI

1. ชื่อหน่วยงาน.....

2. ชื่อเรื่อง.....

3. ประเภทการพัฒนา

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

4. กระบวนการพัฒนา

4.1 สถานการณ์ ปัญหา

คำอธิบาย สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จากข้อมูลหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือ อ้างอิง ข้อมูลสถิติ ตามกระบวนการที่ปฏิบัติจริง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนางาน

.....

.....

4.2 ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา

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

.....

.....

4.3 วัตถุประสงค์

.....

.....

4.4 ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

.....

.....

4.5 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ

(เขียนเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนทำงานกระทั่งทำเสร็จแล้วมีผลและข้อแตกต่างกันอย่างไรบ้างที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการทำงาน)

.....

.....

.....

6. ปัญหา-อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาคือผ่านมา

.....

.....

.....

7. ข้อเสนอแนะ และโอกาสในการพัฒนา

.....

.....

.....

8. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

.....

.....

.....

หมายเหตุ

การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษและขนาดตัวอักษร

- เนื้อหาวิชาการมีความยาวไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ A4 ในรูปแบบไฟล์ PDF ข้อความ ขนาดไม่เกิน 5 MB (เมกะไบต์)
- ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร, ขอบขวา 2 เซนติเมตร
- ขอบบน 2.5 เซนติเมตร, ขอบล่าง 2 เซนติเมตร
- ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 pt.

5.3 คำสั่งแต่งตั้งคณะที่ปรึกษา และคณะทำงาน เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus



คำสั่งกรมควบคุมโรค
ที่ ๒๒๘๓ / ๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อทบทวนและพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อดำเนินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของโรคไม่ติดต่อ

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ กรมควบคุมโรค จึงแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ คณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

- | | |
|--|-------------------|
| ๑.๑.๑ รองอธิบดีกรมควบคุมโรคที่กำกับดูแลกองโรคไม่ติดต่อ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๑.๒ ศาสตราจารย์เกียรติคุณวรรณิ นิธิยานันท์
ข้าราชการบำนาญ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๑.๓ ศาสตราจารย์เกียรติคุณอภิชาติ สุคนธสรณ์
นายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย | ที่ปรึกษา |
| ๑.๑.๔ ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ | ประธานคณะทำงาน |
| ๑.๑.๕ นางจรีพร คงประเสริฐ
รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ | รองประธานคณะทำงาน |
| ๑.๑.๖ ศาสตราจารย์คลินิกวิระศักดิ์ ศรีนินภากร
นายกสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน | คณะทำงาน |
| ๑.๑.๗ รองศาสตราจารย์เพชร รอดอารีย์
เลขาธิการสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ | คณะทำงาน |
| ๑.๑.๘ รองศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพาณิชย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะทำงาน |
| ๑.๑.๙ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์
ประธานชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจฯ | คณะทำงาน |
| ๑.๑.๑๐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลลา ตันตโยทัย
ผู้ช่วยเลขาธิการสภาการพยาบาล | คณะทำงาน |

๑.๒.๘ นาย...

๑.๒.๘ นายวุฒิเดช โอภาสเจริญสุข ประธานวิชาการสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๒.๙ นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	คณะทำงาน
๑.๒.๑๐ นายวสันต์ สายทอง รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑.๒.๑๑ นายทรง พิราลัย หัวหน้าสำนักพัฒนาองค์กรและผู้เยี่ยมสำรวจ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	คณะทำงาน
๑.๒.๑๒ นายกมลรัชฎ์ จงธนากร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	คณะทำงาน
๑.๒.๑๓ นายสธน ชมภูพันธ์ นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๑ วัดไผ่ตัน สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	คณะทำงาน
๑.๒.๑๔ นายไพบุลย์ ไวกยี่ หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑.๒.๑๕ นางสาวรัตนภรณ์ จีระวัฒนะ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
๑.๒.๑๖ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๑.๒.๑๗ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก	คณะทำงาน
๑.๒.๑๘ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์	คณะทำงาน
๑.๒.๑๙ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี	คณะทำงาน
๑.๒.๒๐ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี	คณะทำงาน
๑.๒.๒๑ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี	คณะทำงาน
๑.๒.๒๒ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น	คณะทำงาน
๑.๒.๒๓ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี	คณะทำงาน
๑.๒.๒๔ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน
๑.๒.๒๕ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๑.๒.๒๖ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน
๑.๒.๒๗ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๑.๒.๒๘ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	คณะทำงาน

๑.๒.๒๙ นางสาว...

๑.๒.๒๙ นางสาวณัฐฉิรธรรม พันธมั่ง	คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ	และเลขานุการ
๑.๒.๓๐ นางสาวนิษฐา ศรีสวัสดิ์	คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ	และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๓๑ นางสาวประภัสรา บุญทวี	คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ	และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๓๒ นางสาวพนิดา เจริญกรุง	คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ	และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๓๓ นางสาวศศิภรณ์ สารแสง	คณะทำงาน
นักวิชาการสาธารณสุข กองโรคไม่ติดต่อ	และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. มีหน้าที่ ดังนี้

๒.๑. กำหนดกรอบและแนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ที่ตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุม และดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่เข้ารับบริการ

๒.๒. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus เพื่อให้ผลการดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์

๒.๓. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายโอภาส การย์กวินพงศ์)
อธิบดีกรมควบคุมโรค



พัฒนาระบบ

ประชาชน
สุขภาพดี

บุคลากร

เชื่อมโยง
ชุมชน

เจ้าหน้าที่
มีความสุข

