ชื่อหน่วยงาน..............................................................อำเภอ............................................จังหวัด...................................................เขต.................. รพช. รพท. รพศ. วันที่ประเมิน......................

**ตารางที่ 2 : ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| **องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย** | | | | |
| 1.1 NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ใน และ/หรือ นอกกระทรวงสาธารณสุขภายในอำเภอ | 1. ไม่มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการโรคไม่ติดต่อ | **0** |  |  |
| 2. มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการอย่างมีส่วนร่วม | **1** |  |  |
| 3. มีคณะกรรมการ NCD board เข้าร่วมประชุมอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ 70% | **2** |  |  |
| 4. มีการดำเนินการนำ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ที่สอดคล้องกับการให้บริการ  - เห็นแผนงาน โครงการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบาย  - มีการกระจายข้อมูลให้บุคลากรได้รับทราบ และนำไปใช้ในการดำเนินงาน | **3** |  |  |
| 5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการให้บริการมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์  - มีแผนการพัฒนางานที่มาจากการวิเคราะห์ปัญหา ช่องว่างของการทำงานที่ผ่านมา ให้มีความสอดคล้องกับ ทิศทาง และนโยบาย  - มีการรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมของหน่วยงาน พร้อมทั้งมีการทบทวน และแก้ปัญหาการทำงานที่ผ่านมา | **4** |  |  |
| 1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ | 1. ไม่มีแผนปฏิบัติการ | **0** |  |  |
| 2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัดความสำเร็จตอบสนองต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย การดำเนินงาน (มีเอกสาร แผนปฏิบัติการที่ระบุกิจกรรม และแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของเป้าหมาย) | **1** |  |  |
| 3. มีแผนปฏิบัติการที่ระบุการใช้ทรัพยากร และมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดยเป็นแผนปฏิบัติการที่มีการบูรณาการ สอดคล้องต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และบรรจุอยู่ในแผนของสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่าย | **2** |  |  |
| 4. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมที่บูรณาการ และบรรจุอยู่ในแผนของสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งมีการนำผลลัพธ์ของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และปรับปรุง | 3 |  |  |
| 5. มีแผนพัฒนายกระดับการบริการ หรือปรับแผนให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการ | 4 |  |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะ**  **แนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| 1.3 สื่อสาร ทิศทาง นโยบายเป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ | 1.ไม่มีการสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ | 0 |  |  |
| 2. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขรับรู้ (ภายในหน่วยงาน) | 1 |  |  |
| 3. มีการประกาศให้ผู้ปฎิบัติในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายทั้งใน และนอกสถานบริการสาธารณสุขได้รับรู้ทั่วถึงกัน (ภายใน และภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) | 2 |  |  |
| 4. มีการประชุมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข รับรู้ทั่วถึงกัน เช่น มีรายงานการประชุม เป็นต้น | 3 |  |  |
| 5. มีการประเมินผลแนวทางการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม และนำไปใช้ในการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น | 4 |  |  |
| 1.4 ติดตามความก้าวหน้า และทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus | 1. ไม่มีการติดตามความก้าวหน้า | 0 |  |  |
| 2. มีการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน (ไม่สม่ำเสมอ)  \* ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus  \* มีการกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุก 3 - 6 เดือน เป็นต้น | 1 |  |  |
| 3. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สม่ำเสมอ และชัดเจน  \* กลไก เช่น การประชุมบอร์ด การประชุมทีมงาน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ เป็นต้น | 2 |  |  |
| 4. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สม่ำเสมอ และชัดเจน อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง  และมีรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน | 3 |  |  |
| 5. มีการนำผลการกำกับติดตามมาพัฒนา ปรับปรุง การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของเครือข่ายบริการสุขภาพ | 4 |  |  |
| 1.5 บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึง  การบริการ | 1. มีสถานที่ในการให้บริการ แต่ยังไม่เป็นสัดส่วน และไม่มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ | 0 |  |  |
| 2. มีการจัดสถานที่สำหรับการให้บริการที่เป็นสัดส่วนชัดเจน แต่ไม่มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ | 1 |  |  |
| 3. มีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และมีทีมสหวิชาชีพในการให้บริการแต่ยังไม่ได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน | 2 |  |  |
| 4. สถานที่ให้บริการ มีพื้นที่เพียงพอ สะดวก และเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน | 3 |  |  |
| 5. มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ | 4 |  |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | | **คะแนน** | | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| 1.6 เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ ที่เพียงพอ  มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน | 1. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ แต่ไม่เพียงพอ | | **0** | |  |  |
| 2. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการให้บริการ | | **1** | |  |  |
| 3. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ | | **2** | |  |  |
| 4. มีการดูแลรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการให้พร้อมใช้งานได้อย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ | | **3** | |  |  |
| 5. มีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง | | **4** | |  |  |
| **องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ** | | | | | | |
| 2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร | 1. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคล | **1** | |  | |  |
| 2. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญรายบุคคล และรายกลุ่ม | **2** | |  | |  |
| 3. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่แสดงให้เห็นข้อมูลสำคัญรายบุคคล รายกลุ่ม ครบถ้วน | **3** | |  | |  |
| 4. มีการใช้ผลทะเบียนข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำผลมาใช้ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ | **4** | |  | |  |
| 5. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน | **5** | |  | |  |
| 2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด | 1. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ | **1** | |  | |  |
| 2. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับ data center ระดับอำเภอ | **2** | |  | |  |
| 3. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับ data center ระดับอำเภอ และจังหวัด | **3** | |  | |  |
| 4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการแก้ไข | **4** | |  | |  |
| 5. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง | **5** | |  | |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| 2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร) | 1. สามารถนำข้อมูลบางส่วนมาวิเคราะห์ปัญหาได้ | **1** |  |  |
| 2. มีการนำข้อมูลจากหลายด้านมาวิเคราะห์ปัญหาตามชุดข้อมูลที่กำหนด | **2** |  |  |
| 3. การมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการในการวิเคราะห์ปัญหา จากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ | **3** |  |  |
| 4. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้กำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการป้องกันควบคุมโรค | **4** |  |  |
| 5. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย | **5** |  |  |
| 2.4 การรายงานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลา ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย | 1. มีการรายงานข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนทุกปี | **1** |  |  |
| 2. มีการรายงานข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลา ตามรายไตรมาส | **2** |  |  |
| 3. จัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ และเปรียบเทียบข้อมูลกับสถานบริการในระดับเดียวกัน | **3** |  |  |
| 4. มีการนำข้อมูลจากการรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการปัญหา | **4** |  |  |
| 5. มีการนำเสนอรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย | **5** |  |  |
| **องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ** | | | | |
| 3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงการประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และ  นำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน) | 1. มีกระบวนการคัดกรอง แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน | **1** |  |  |
| 2. มีการคัดกรอง มีการวินิจฉัยโรคร่วมกับการประเมินระยะของโรค และมีการลงทะเบียนแยกกลุ่ม | **2** |  |  |
| 3. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการตามกลุ่ม แต่ไม่ครบทุกกลุ่ม | **3** |  |  |
| 4. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการตามกลุ่มครบทุกกลุ่ม | **4** |  |  |
| 5. มีการติดตามประเมินผลการจัดการทุกกลุ่มตามระยะของโรคอย่างต่อเนื่อง | **5** |  |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| 3.2 การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา | 1. มีการวินิจฉัย และลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่อย่างครบถ้วน | **1** |  |  |
| 2. มีการแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคลด้วยวาจา และการใช้สื่อ หรือเอกสารอื่นๆ เช่น สมุดประจำตัวผู้รับบริการ | **2** |  |  |
| 3. มีทะเบียนแสดงการจัดกลุ่มผู้ป่วย จำแนกตามระยะของโรค | **3** |  |  |
| 4. มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และจัดเป็นรายกลุ่ม | **4** |  |  |
| 5. มีการคืนข้อมูลรายบุคคล และรายกลุ่มให้กับเครือข่าย | **5** |  |  |
| 3.3 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง | 1. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน แต่ไม่ครบถ้วน | **1** |  |  |
| 2. มีการตรวจคัดกรอง และประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน ถูกต้อง | **2** |  |  |
| 3. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน และจัดระบบบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้ | **3** |  |  |
| 4. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน ถูกต้อง และดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้ | **4** |  |  |
| 5. มีการติดตามประเมินผลของการดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้ | **5** |  |  |
| 3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCDs system Manager/ Coordinator) ร่วมกับ  ทีมสหวิชาชีพ | 1. มีผู้ประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ | **1** |  |  |
| 2. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้ง แต่ยังไม่ผ่านการอบรม nurse case manager หรือ system manager | **2** |  |  |
| 3. มีผู้ประสานงาน NCD system manager/ coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน | **3** |  |  |
| 4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ | **4** |  |  |
| 5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงเครือข่าย | **5** |  |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| 3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อมโยงไปชุมชน | 1.มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | **1** |  |  |
| 2. มีแนวทางสำหรับการปฏิบัติการเพื่อการดูแลรักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการแต่ละระดับ | **2** |  |  |
| 3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน | **3** |  |  |
| 4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ | **4** |  |  |
| 5. มีการแจ้งผลการติดตามการประเมินเป็นระยะ และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่าย | **5** |  |  |
| 3.6 ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย | 1. มีระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) แต่ไม่มีเกณฑ์ดำเนินงานที่ชัดเจน | **1** |  |  |
| 2. มีระบบการส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และมีเกณฑ์ดำเนินงานที่ชัดเจน | **2** |  |  |
| 3. มีระบบ และมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ | **3** |  |  |
| 4. มีการติดตามผลการปฏิบัติตามเกณฑ์การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน | **4** |  |  |
| 5. นำผลการติดตามมาทบทวนและปรับปรุง | **5** |  |  |
| **องค์ประกอบที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง** | | | | |
| 4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง รวมถึงการวางแผนดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีม  สหวิชาชีพ | 1. มีการกำหนด core content ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม | **1** |  |  |
| 2. มีเครื่องมือการประเมินศักยภาพ ความต้องการของผู้ป่วย และกำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม | **2** |  |  |
| 3. มีแผน และกำหนดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการตามปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ป่วย | **3** |  |  |
| 4. ดำเนินการตามแผน และติดตามความรู้ ทักษะเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง | **4** |  |  |
| 5. นำผลการดำเนินงานมาทบทวน และพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน | **5** |  |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| 4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล | 1. มีช่องทาง วิธีการ สื่อ เพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และผลการรักษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม | **1** |  |  |
| 2. มีการให้ข้อมูลการรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (โดยใช้ คู่มือ สมุดสุขภาพ) | **2** |  |  |
| 3. ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการบันทึกผลการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น SMBG / SMBP และแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ให้แก่ทีมสหวิชาชีพ | **3** |  |  |
| 4. มีการนำผลการบันทึก และการจัดการตนเองมาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ | **4** |  |  |
| 5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง | **5** |  |  |
| 4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม | 1. มีการรวมกลุ่ม ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง | **1** |  |  |
| 2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง | **2** |  |  |
| 3. กลุ่ม ชมรม ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด | **3** |  |  |
| 4. กลุ่ม ชมรม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรม | **4** |  |  |
| 5. กลุ่ม ชมรม มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง | **5** |  |  |
| 4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ | 1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ แต่ไม่เพียงพอ | **1** |  |  |
| 2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือทีช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ | **2** |  |  |
| 3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ | **3** |  |  |
| 4. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ | **4** |  |  |
| 5. มีการประเมินผลการใช้เครื่องมือนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง | **5** |  |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| **องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค)** | | | | |
| 5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ | 1. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) แต่ไม่ครอบคลุมในการดำเนินงาน | **1** |  |  |
| 2. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) ครอบคลุมการดำเนินงาน ได้แก่  1) การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง  2) การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง  3) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อ  4) การให้ความรู้ และการดูแลตนเองขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน  5) การดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ | **2** |  |  |
| 3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ | **3** |  |  |
| 4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) | **4** |  |  |
| 5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) เป็นระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่ | **5** |  |  |
| 5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข | 1. มีทีมประสานงาน และให้การปรึกษาแต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน | **1** |  |  |
| 2. มีทีมให้การปรึกษาโดยสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล | **2** |  |  |
| 3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล และเครือข่ายทุกระดับ | **3** |  |  |
| 4. มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ และแนวทางที่กำหนด | **4** |  |  |
| 5. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทุกวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ | **5** |  |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| 5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค | 1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | **1** |  |  |
| 2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | **2** |  |  |
| 3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference / KM มาปรับปรุงกระบวนงานจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง | **3** |  |  |
| 4. มีการทบทวน และมีนวัตกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ และรวบรวมเป็นคลังความรู้ | **4** |  |  |
| 5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวก หลายช่องทาง | **5** |  |  |
| **องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน** | | | | |
| 6.1 การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน | 1. มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน | **1** |  |  |
| 2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน | **2** |  |  |
| 3. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรม เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคให้ชุมชน โดยโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | **3** |  |  |
| 4. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรม โดยท้องถิ่น ชุมชน เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงให้ชุมชนอย่างน้อยร้อยละ 50 | **4** |  |  |
| 5. มีการติดตามประเมินผลกิจกรรมตามแผน ร้อยละ 100 | **5** |  |  |
| 6.2 สนับสนุนนโยบาย แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน | 1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน | **1** |  |  |
| 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการ ตามแผนงานที่วางไว้ | **2** |  |  |
| 3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค และมีการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) | **3** |  |  |
| 4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค | **4** |  |  |
| 5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น | **5** |  |  |

| **เกณฑ์** | **แนวทางการประเมิน** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเมินตนเอง** | **ทีมประเมิน** |
| 6.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง | 1. โรงพยาบาลมีแผนงานเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ/หรือ จัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน | **1** |  |  |
| 2. โรงพยาบาลสนับสนุน และร่วมมือให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน มีแผนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง | **2** |  |  |
| 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีกลุ่ม ชมรม เพื่อดำเนินงานตามแผนกิจกรรมสุขภาพ และ/หรือ มีการจัดตั้งกลุ่ม ชมรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน  หมายเหตุ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม  - ชมรมต้องมีสมาชิกอย่างน้อย 20 คน/ ชมรม | **3** |  |  |
| 4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน มีกลุ่ม ชมรม เพื่อดำเนินงานตามแผนกิจกรรมสุขภาพ และ/หรือ มีการจัดตั้งกลุ่มชมรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน  หมายเหตุ - ชุมชน หมู่บ้าน ต้องมีอย่างน้อย 1 ชมรม | **4** |  |  |
| 5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน รพ. ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง | **5** |  |  |
| 6.4 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม. | 1. โรงพยาบาล รพ.สต. มีแผนงานสนับสนุนให้ อสม.มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ | **1** |  |  |
| 2. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ | **2** |  |  |
| 3. อสม. ดำเนินการตามแผน | **3** |  |  |
| 4. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของอสม. | **4** |  |  |
| 5. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานของอสม. | **5** |  |  |
| 6.5 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของ กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน | 1. มีการจัดกิจกรรม แต่ไม่ได้ตั้งเป็น กลุ่ม ชมรม | **1** |  |  |
| 2. มีการจัดกิจกรรม และมี กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน (1 ชมรม ต่อ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) | **2** |  |  |
| 3. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเองซึ่งกำหนดโดยเจ้าหน้าที่ | **3** |  |  |
| 4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน | **4** |  |  |
| 5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดย กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน | **5** |  |  |

**ตารางที่ 3 : คะแนนรวมส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **น้ำหนัก** | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย** | **5** |  | | | | | **20** |  |
| 1.1 NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ใน และ/หรือ นอก กระทรวงสาธารณสุขภายในอำเภอ | 1 |  |  |  |  |  | 4 |  |
| 1.2 วางแผนปฏิบัติการ และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ | 1 |  |  |  |  |  | 4 |  |
| 1.3 สื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ | 1 |  |  |  |  |  | 4 |  |
| 1.4 ติดตามความก้าวหน้า และทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus | 1 |  |  |  |  |  | 4 |  |
| 1.5 บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึง  การบริการ | 0.5 |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 1.6 เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ  มีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งาน | 0.5 |  |  |  |  |  | 2 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **น้ำหนัก** | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ** | **10** |  |  |  |  |  | **50** |  |
| 2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด | 3 |  |  |  |  |  | 15 |  |
| 2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร) | 3 |  |  |  |  |  | 15 |  |
| 2.4 การรายงานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลา ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **น้ำหนัก** | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนน**  **ที่ได้** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ** | **15** |  |  |  |  |  | **75** |  |
| 3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน) | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 3.2 การวินิจฉัย ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา | 3 |  |  |  |  |  | 15 |  |
| 3.3 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง | 3 |  |  |  |  |  | 15 |  |
| 3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCDs system Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้ง ใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข และเชื่อมโยงไปชุมชน | 3 |  |  |  |  |  | 15 |  |
| 3.6 ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **น้ำหนัก** | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง** | **7** |  | | | | | **35** |  |
| 4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง รวมถึงการวางแผนดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืน และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้าน และโรงพยาบาล | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้าน ร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ | 1 |  |  |  |  |  | 5 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **น้ำหนัก** | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ**  **(ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค)** | **6** |  | | | | | **30** |  |
| 5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่าง ผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **น้ำหนัก** | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน** | **7** |  | | | | | **35** |  |
| 6.1 การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน | 1 |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 6.2 สนับสนุน นโยบาย แผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน | 1 |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 6.3 การสนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 6.4 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม. | 1 |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 6.5 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของ กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน | 2 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| **รวมคะแนนองค์ประกอบที่ 1-6** | **50** |  |  |  |  |  | **245** |  |

**การคิดคะแนน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)**

**คะแนนที่ได้ = ( คะแนน x น้ำหนัก) / คะแนนเต็ม**

**ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)**

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า 7 %)

3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDLและมีค่า LDL < 100 mg/dl

4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam

5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam

6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg

7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2) )

8. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน

9. อัตราประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

11. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

12. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง

13. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท)

14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต

15. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD)

**ตัวชี้วัดที่กำหนดให้มีไว้ แต่ไม่นำมาคิดคะแนน (4 ตัวชี้วัด)**

16. อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

17. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

18. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

19. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (Fasting Plasma Glucose น้อยกว่า 130 mg/dl)

ชื่อหน่วยงาน.........................................................อำเภอ...................................จังหวัด.....................................เขต................. รพช. รพท. รพศ. รอบที่...........วันที่ประเมิน ........................

**ตารางที่ 4 : ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)**

| **รายการ** | **หน่วย** | **เกณฑ์** | **น้ำหนัก** | **ผลงาน** | | **คะแนน** | | | | | | | | | | | **คะแนนเต็ม** | | **คะแนน**  **ที่ได้** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| **1** | **2** | | **3** | | | **4** | | | **5** | |
| **ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ | ร้อยละ | 90 | 3 |  |  | <=70 | | 75 | | | 80 | | | 85 | | >=90 | | 15 |  |
| 2.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า7 %) | ร้อยละ | 40 | 4 |  |  | <=20 | | 25 | | | 30 | | | 35 | | >=40 | | 20 |  |
| หมายเหตุ: สำหรับสถานบริการที่ทำได้ถึงเกณฑ์ร้อยละ 40 แล้ว ให้ใช้เกณฑ์เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน และมี LDL < 100  **mg/dl** | ร้อยละ | 60 | 3 |  |  | <=40 | | 45 | | 50 | | | 55 | | | >=60 | | 15 |  |
| 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam | ร้อยละ | 60 | 3 |  |  | <=40 | | 45 | | 50 | | | 55 | | | >=60 | | 15 |  |
| 5.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam | ร้อยละ | 60 | 3 |  |  | <=40 | | 45 | | 50 | | | 55 | | | >=60 | | 15 |  |
| 6.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg | ร้อยละ | 60 | 3 |  |  | <=40 | | 45 | | 50 | | | 55 | | | >=60 | | 15 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **หน่วย** | **เกณฑ์** | **น้ำหนัก** | **ผลงาน** | | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนน**  **ที่ได้** |
| **จำนวน** | **ร้อยละ** | 1 | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 7.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง  (รอบเอว มากกกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2) ) | ร้อยละ | 10 | 3 |  |  | >=10 | 8 | 6 | 4 | <=2 | 15 |  |
| 8.อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน | ร้อยละ | 10 | 3 |  |  | >=10 | 8 | 6 | 4 | <=2 | 15 |  |
| 9.อัตราประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน | ร้อยละ | 90 | 4 |  |  | <=70 | 75 | 80 | 85 | >=90 | 20 |  |
| 10.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง | ร้อยละ | 5.0 | 4 |  |  | <=1.0 | 2.0 | 3.0 | 4.0 | >=5.0 | 20 |  |
| 11.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ | ร้อยละ | 90 | 3 |  |  | <=70 | 75 | 80 | 85 | >=90 | 15 |  |
| 12.อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง | ร้อยละ | 2.5 | 4 |  |  | <=0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | >=2.5 | 20 |  |
| 13.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี  (น้อยกว่า 140/90 mmHg) | ร้อยละ | 50 | 4 |  |  | <=30 | 35 | 40 | 45 | >=50 | 20 |  |
| หมายเหตุ: สำหรับสถานบริการที่ทำได้ถึงเกณฑ์ ร้อยละ 50 แล้ว ให้ใช้เกณฑ์เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **หน่วย** | **เกณฑ์** | **น้ำหนัก** | **ผลงาน** | | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| **จำนวน** | **ร้อยละ** | **1** | 2 | 3 | **4** | **5** |
| 14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต | ร้อยละ | 80 | 3 |  |  | <=60 | 65 | 70 | 75 | >=80 | 15 |  |
| 15.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD) | ร้อยละ | 80 | 3 |  |  | <=60 | 65 | 70 | 75 | >=80 | 15 |  |
| **รวม** |  |  | **50** |  |  |  |  |  |  |  | **250** |  |

**การคิดคะแนน ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)**

**คะแนนที่ได้ = ( คะแนน x น้ำหนัก) / คะแนนเต็ม**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ** | **หน่วย** | **เกณฑ์** | **น้ำหนัก** | **ผลงาน** | | **คะแนน** | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| จำนวน | ร้อยละ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **ตัวชี้วัดที่กำหนดให้มีไว้แต่ยังไม่ต้องนำมาคิดคะแนน (4 ตัวชี้วัด)**  16. อัตราการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลง |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ร้อยละ | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD Risk และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 30 % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ร้อยละ | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (Fasting Plasma Glucose น้อยกว่า 130 mg/dl) | ร้อยละ | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ตารางที่ 5 : สรุปผลคะแนนการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ผลการประเมิน** | **คะแนนที่ได้** | **ระดับ** |
| **ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)** |  | **ดีเด่น**  **ดีมาก**  **ดี**  **พื้นฐาน** |
| **ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)** |  |
| **คะแนนรวม (100)** |  |