

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

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย			7	35	
1.1 NCD board ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย ใน และ/หรือ นอกกระทรวงสาธารณสุขภายในอำเภอ			1	5	
	1. มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ	1			
	2. มีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการดำเนินงานโรคไม่ติดต่ออย่างมีส่วนร่วม	2			
	3. มีคณะกรรมการ NCD board เข้าร่วมประชุมอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	3			
	4. มีการดำเนินงานตาม ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายของNCD board - เห็นแผนงาน โครงการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบายเป้าหมาย - มีการกระจายข้อมูลให้บุคลากรได้รับทราบ และนำไปใช้ในการดำเนินงาน	4			
	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการดำเนินงานมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์ - มีแผนการพัฒนางานที่มาจากภาวะที่ปัญหา ช่องว่างของการทำงานที่ผ่านมา ให้ความสำคัญสอดคล้องกับ ทิศทาง และนโยบาย - มีการรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมของหน่วยงาน พร้อมทั้งมีการทบทวน และแก้ปัญหาการทำงานที่ผ่านมา	5			
1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ			1	5	
	1. มีแผนปฏิบัติการ	1			
	2. มีแผนปฏิบัติการ และกิจกรรมที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัดความสำเร็จ ตอบสนองต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย การดำเนินงาน(มีเอกสาร แผนปฏิบัติการที่ระบุกิจกรรม และแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของเป้าหมาย)	2			
	3. มีแผนปฏิบัติการที่ระบุการใช้ทรัพยากร และมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดยเป็นแผนปฏิบัติการที่มีการบูรณาการ สอดคล้องต่อ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และบรรจุอยู่ในแผนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) และ/หรือแผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	3			
	4. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และปรับปรุง	4			
	5. มีแผนพัฒนาระดับการดำเนินงาน	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
1.3	สื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ		1	5	
	1.มีการสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ในระดับNCD board	1			
	2. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติงานเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขรับรูู้ (ภายในหน่วยงาน)	2			
	3. มีการประกาศให้ผู้ปฏิบัติในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายทั้งใน และนอกสถานบริการสาธารณสุขได้รับรู้ทั่วถึงกัน (ภายใน และภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)	3			
	4. มีการประชุมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข รับรู้ทั่วถึงกัน เช่น มีรายงานการประชุม เป็นต้น	4			
	5. มีการประเมินผลแนวทางการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม และนำไปใช้ในการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	5			
1.4	ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus		2	10	
	1. มีการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน	1			
	2. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	2			
	3. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ อย่างน้อย 1 ครั้งและมีรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน	3			
	4. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ทุกไตรมาส และมีรายงานการประเมินผลการดำเนินงาน	4			
	5. มีการนำผลการกำกับติดตามประเมินผลมาพัฒนา ปรับปรุง การดำเนินงาน	5			
1.5	บุคลากร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม. ที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึงการบริการ		1	5	
	1. มีสถานที่ในการให้บริการ แต่ยังไม่เป็นสัดส่วน และไม่มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ	1			
	2. มีการจัดสถานที่สำหรับการให้บริการที่เป็นสัดส่วนชัดเจน แต่ไม่มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบ	2			
	3. มีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ และมีทีมสหวิชาชีพในการให้บริการ แต่ยังไม่ได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน	3			
	4. สถานที่ให้บริการ มีพื้นที่เพียงพอ สะดวก และเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน	4			
	5. มีการกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ	5			
1.6	เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ ที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้งาน		1	5	
	1. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการ แต่ไม่เพียงพอ	1			
	2. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอหรือสามารถบริหารจัดการเครื่องมือได้	2			
	3. มีเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ พร้อมใช้งาน	3			
	4. มีแผนการบริหารจัดการดูแลเครื่องมือ และอุปกรณ์	4			
	5. มีผลของการจัดการดูแลการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่เป็นไปตามแผน	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ			7	35	
2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร			1	5	
	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	5	
	1. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ	1			
	2. มีการใช้ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล และสารสนเทศ (data exchange) ในระดับอำเภอ และจังหวัด	2			
	3. มีการใช้และตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด	3			
	4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการแก้ไข	4			
	5. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง	5			
2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย (รายบุคคล รายกลุ่ม และกลุ่มประชากร)			3	15	
	1. สามารถนำข้อมูลบางส่วนมาวิเคราะห์ปัญหาได้	1			
	2. มีการนำข้อมูลจากหลายด้านมาวิเคราะห์ปัญหาตามชุดข้อมูลที่กำหนด	2			
	3. การมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการในการวิเคราะห์ปัญหา จากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้	3			
	4. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้กำหนดเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการป้องกันควบคุมโรค	4			
	5. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย	5			
2.4 การรายงานข้อมูล ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย			2	10	
	1. มีการรายงานข้อมูล ปีละ 1 ครั้ง	1			
	2. มีการรายงานข้อมูลปีละ 2 ครั้ง	2			
	3. มีการรายงานข้อมูล ทุกไตรมาส	3			
	4. จัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ และเปรียบเทียบข้อมูลกับสถานบริการในระดับเดียวกัน	4			
	5. มีการนำเสนอรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ			12	60	
3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง)			2	10	
	1. มีกระบวนการคัดกรอง แต่ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน	1			
	2. มีการคัดกรอง แบ่งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และลงทะเบียนแยกกลุ่ม	2			
	3. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการตามกลุ่ม แต่ไม่ครบทุกกลุ่ม	3			
	4. มีการประเมินความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการตามกลุ่มครบทุกกลุ่ม	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการจัดบริการทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง	5			
3.2 การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมา			2	10	
	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			2	10	
	1. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แต่ไม่ครบถ้วน	1			
	2. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน	2			
	3. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วนและจัดระบบบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้	3			
	4. มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงครบถ้วน และดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลของการดำเนินงานตามระบบบริการที่จัดไว้	5			
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD system Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ	1			
	2. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ	2			
	3. มีผู้ประสานงาน NCD system manager/ coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	3			
	4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	4			
	5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงเครือข่าย	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน			2	10	
	1. มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1			
	2. มีแนวทางสำหรับการปฏิบัติการเพื่อการดูแลรักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการแต่ละระดับ	2			
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ	4			
	5. มีการแจ้งผลการติดตามการประเมิน และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่าย	5			
3.6 ระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย			2	10	
	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			8	40	
4.1 การจัดการบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง			2	10	
	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			
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล			2	10	
	1. มีช่องทาง วิธีการสื่อสาร เพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และผลการรักษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม	1			
	2. มีการให้ข้อมูลการรักษา ระยะของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (โดยใช้ คู่มือ สมุดสุขภาพ)	2			
	3. ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการบันทึกผลการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น SMBG / SMBP และแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ให้แก่ทีมสหวิชาชีพ	3			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
	4. มีการนำผลการบันทึก และการจัดการตนเองมาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	4			
	5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	5			
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม			2	10	
	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			2	10	
	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ แต่ไม่เพียงพอ	1			
	2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ มีจำนวนเพียงพอกับผู้รับบริการ	2			
	3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	3			
	4. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	4			
	5. มีการประเมินผลการใช้เครื่องมือนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	5			
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ			5	25	
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ			1	5	
	1. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) แต่ไม่ครอบคลุมในการดำเนินงาน	1			
	2. มีแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline) ครอบคลุมการดำเนินงาน	2			
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Clinical practice guideline)	4			
	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน เป็นระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่	5			
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิก รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข			2	10	
	1. มีทีมประสานงาน และให้การปรึกษาแต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	1			
	2. มีทีมให้การปรึกษาโดยสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล	2			
	3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ การให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาล และเครือข่ายทุกระดับ	3			
	4. มีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ และแนวทางที่กำหนด	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายสม่ำเสมอ	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค			2	10	
	1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1			
	2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2			
	3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference / KM มาปรับปรุงกระบวนการงานจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	3			
	4. มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มารวบรวมเป็นคลังความรู้	4			
	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวก หลายช่องทางเช่น social media website	5			
องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน			11	55	
6.1 การจัดการบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน			2	10	
	1. มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน	1			
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน	2			
	3. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงาน/โครงการ /กิจกรรม เพื่อเสริมทักษะในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน โดยโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน อย่างน้อยร้อยละ 50	3			
	4. มีการประเมินผลการดำเนินงานครบทุกแผนงาน /โครงการ /กิจกรรม	4			
	5. มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	5			
6.2 สนับสนุนนโยบาย แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน			2	10	
	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			
6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน			2	10	
	1. มีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ และสามารถระบุปัญหา และรากเหง้าของปัญหาของชุมชนที่ต้องจัดการ โดยใช้นโยบายสาธารณะ	1			
	2. มีแผนงานโครงการหรือแผนกิจกรรม เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักโรคไม่ติดต่อ	2			
	3. มีกระบวนการผลักดันให้เกิดการใช้นโยบายสาธารณะ เช่น การทำประชาคมในชุมชน, การทดลองใช้นโยบายในบางพื้นที่	3			
	4. มีการดำเนินการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะครอบคลุมทั้งอำเภอ/CUP	4			
	5. มีกระบวนการประเมินผล นโยบายสาธารณะ	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน (A)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ C = (AxB)
6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			2	10	
	1. โรงพยาบาลมีแผนงานเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ/หรือ จัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	1			
	2. โรงพยาบาลสนับสนุน และร่วมมือให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน มีแผนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	2			
	3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดตั้งกลุ่ม ชมรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	3			
	4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน รพ.และรพ.สต. ร่วมวางแผนและดำเนินงานตามแผนกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ในการสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน อย่างน้อยร้อยละ50	4			
	5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน รพ. และรพ.สต. ร่วมติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	5			
6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.			1	5	
	1. โรงพยาบาล รพ.สต. มีแผนงานสนับสนุนให้ อสม.มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	1			
	2. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	2			
	3. อสม. ดำเนินการตามแผนอย่างน้อยร้อยละ50	3			
	4. โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของอสม.	4			
	5. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานของอสม.	5			
6.6 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของ กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน			2	10	
	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 อย่างน้อย ร้อยละ 50	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดย กลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน	5			
		คะแนนรวม	50	250	

การคิดคะแนน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

$$\text{คะแนนรวม} = \text{ผลรวมของคะแนนที่ได้ (C)} \times 50 / 250$$

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2))
8. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
9. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ
10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง
11. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
12. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง
13. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
14. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต
15. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

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

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน ร้อยละ	คะแนน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
					1	2	3	4	5		
ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)											
1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับ การรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	90	3		<75	75	80	85	≥90	15	
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี	ร้อยละ	40	4		<25	25	30	35	≥40	20	
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	ร้อยละ	60	3		<45	45	50	55	≥60	15	
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนทางตา	ร้อยละ	60	3		<45	45	50	55	≥60	15	
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	ร้อยละ	60	3		<45	45	50	55	≥60	15	
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อย กว่า 140/90 mmHg	ร้อยละ	60	3		<45	45	50	55	≥60	15	
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2))	ร้อยละ	10	3		>16	16	14	12	≤10	15	

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน ร้อยละ	คะแนน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
					1	2	3	4	5		
8. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	2	3		>8	8	6	4	≤2	15	
9. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	ร้อยละ	90	4		<75	75	80	85	≥90	20	
10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	5.0	4		<2.0	2.0	3.0	4.0	≥5.0	20	
11. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	ร้อยละ	90	3		<75	75	80	85	≥90	15	
12. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	2.5	4		<1.0	1.0	1.5	2.0	≥2.5	20	
13. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	50	4		<35	35	40	45	≥50	20	
14. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	ร้อยละ	90	3		<75	75	80	85	≥90	15	
15. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	82.5	3		<67.5	67.5	72.5	77.5	≥82.5	15	
รวม			50							250	

การคิดคะแนน กระบวนการผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการNCD Clinic Plus (50 คะแนน)

$$\text{คะแนนรวม} = \text{ผลรวมของคะแนนที่ได้ (C)} \times 50 / 250$$

ตารางสรุปผลคะแนนการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2561

ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
ส่วนที่ 1 การประเมิน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)		<input type="checkbox"/> ดีเด่น (85-100คะแนน)
ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)		<input type="checkbox"/> ดีมาก (80 - 84คะแนน)
		<input type="checkbox"/> ดี (70 - 79 คะแนน)
คะแนนรวม (100)		<input type="checkbox"/> พื้นฐาน (60 - 69 คะแนน)