



กรมควบคุมโรค  
กองโรคไม่ติดต่อ

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน

NCD

Clinic Plus & Online



# คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online

ISBN : 978-616-11-4552-1

## คณะที่ปรึกษา

- |                                |                                            |
|--------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. นายแพทย์จักรศักดิ์ แก้วจรัส | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค                      |
| 2. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์  | ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค    |
| 3. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ  | รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค |

## คณะบรรณาธิการ

### กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. นางสาวณัฐฉิรวรรณ พันธมุง | หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 2. นางหทัยชนก เกตุจุนา      | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ   |
| 3. นางสาวชนิษฐา ศรีสวัสดิ์  | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 4. นางสาวประภัสรา บุญทวี    | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 5. นางสาวพนิดา เจริญกรุง    | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 6. นายวสันต์ ทองไม้         | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 7. นางสาวจิราภา ฉิมณี       | นักวิชาการสาธารณสุข           |

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์

### รวบรวมและจัดทำโดย

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 590 3867 โทรสาร 02 590 3893

จำนวน 2,900 เล่ม



# คำนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันโลหิตสูง นำไปสู่การเกิดโรค ถ้าหากไม่ให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงและควบคุมสภาวะของโรค อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ส่วนสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว คือ การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขในการจัดการโรคไม่ติดต่อ สนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพ และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ จึงได้พัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ โดยขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2559 และพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี 2560 ถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ประกอบด้วย การประเมินเชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และในปี 2562 ได้บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมบางส่วน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ทั้งยังเป็นการสนับสนุนการจัดการบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพ และสามารถดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นองค์รวม

ปี 2563 - 2564 กองโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องพัฒนาแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากการประเมินแบบ Manual ที่ต้องกรอกคะแนนใน Excel file ให้เป็นการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและลดระยะเวลาการรวบรวมผลการประเมิน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลโดยสามารถบันทึกผลการประเมินผ่านช่องทางออนไลน์



และแสดงผลประเมินของโรงพยาบาลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขระดับ CUP จังหวัด เขต และส่วนกลาง สามารถเข้าถึงผลประเมินของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาล ในภาพ จังหวัด เขต และประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

# กิตติกรรมประกาศ

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความร่วมมือของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย สถาบันโรคไทรอยด์ราชนครินทร์ ที่เห็นความสำคัญของการจัดทำคู่มือเล่มนี้

ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการ จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ สภากาชาด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รวมถึงคณะทำงานพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงให้คำปรึกษาต่อการพัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ด้วยความเอาใจใส่ อย่างดียิ่ง คณะผู้จัดทำหวังว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขต่อไป หากมีข้อบกพร่องประการใดของคู่มือนี้ทางคณะผู้จัดทำขอน้อมรับเพื่อพัฒนาต่อไปให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น



# สารบัญ

คำนำ	1
กิตติกรรมประกาศ	2
สารบัญ	3
<b>1. ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus</b>	<b>4</b>
<b>2. แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus</b>	<b>6</b>
2.1 กลุ่มเป้าหมาย	6
2.2 องค์ประกอบของการประเมิน	6
2.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน	7
2.4 กรอบเวลาการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus (Time Frame)	8
<b>3. เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus</b>	<b>9</b>
<b>4. คำชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus</b>	<b>10</b>
4.1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus	10
4.2 คำอธิบายเกณฑ์ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus	24
4.3 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus	37
4.4 Template ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus	39
<b>5. การใช้แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online</b>	<b>58</b>
5.1 รายละเอียดส่วนประกอบของแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online	58
5.2 การใช้งานหน้าสาธารณะ (Public) สำหรับบุคคลทั่วไป	59
5.3 การลงทะเบียนเข้าใช้แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online	66
5.4 การ Log in ใช้งานแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online	70
ภาคผนวก	81

# 1

## ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับในประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เพิ่มจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ควบคุม จัดการ กับปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อ คือ การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ที่สามารถสนับสนุนการดูแล และจัดการโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดเสี่ยง ลดโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ โดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี 2557 ถึงปี 2559 โดยยึดหลักการของ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA เป็นการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ซึ่งโรงพยาบาลทุกแห่งได้รับการพัฒนาและรับรองคลินิก NCD คุณภาพครบ 100% แต่อย่างไรก็ตามพบว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2560 จึงมีการเพิ่มการประเมินเชิงผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เพื่อเป็นการวัดผลการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิก NCD ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น จึงเป็นที่มาของชื่อ NCD Clinic Plus โดยได้มีการปรับปรุงรายละเอียดการประเมินและตัวชี้วัดบริการให้มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และในปี 2562 ได้บูรณาการเกณฑ์ประเมินร่วมกับการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมบางส่วน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ซึ่งมีการปรับตัวชี้วัดบริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD เพื่อเพิ่มคุณภาพของการประเมินและสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นองค์รวม



ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากการพัฒนาและขับเคลื่อนการจัดระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 ซึ่งมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ (ระดับดีขึ้น) ดังนี้



สำหรับปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จากการประเมินแบบ Manual ที่ต้องกรอกคะแนนใน Excel file ให้เป็นการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ลดความผิดพลาดในการคำนวณคะแนนประเมิน และลดระยะเวลาการรวบรวมผลการประเมินตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล โดยให้สามารถบันทึกผลการประเมินผ่านช่องทางออนไลน์และแสดงผลประเมินของโรงพยาบาลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด เขต และส่วนกลาง สามารถเข้าถึงผลประเมินของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบได้สะดวก รวดเร็ว ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลในภาพจังหวัด เขต และประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ได้มีการพิจารณาปรับรายละเอียดการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการวัดผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ปัญหาปรับปรุง พัฒนางาน หรือการพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

# 2

## แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

### 2.1 กลุ่มเป้าหมาย



กลุ่มเป้าหมายในการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

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

### 2.2 องค์กรประกอบการประเมิน



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

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

2) การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน) เป็นการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD รวมจำนวนตัวชี้วัดทั้งสิ้น 12 ตัวชี้วัด ได้แก่

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





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

### 2.3

## ขั้นตอนการดำเนินงาน



ไตรมาส	การดำเนินงาน
ไตรมาส 1 และ 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลทบทวน วิเคราะห์ ผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปีที่ผ่านมาเพื่อหาโอกาสพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ประจำปี</li> <li>2. โรงพยาบาลประเมินตนเอง ในส่วนที่ 1 (6 องค์ประกอบ) ผ่านแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online (<a href="http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th">http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th</a>) โดยใช้หลักการขั้นบันได (Milestone)</li> <li>3. การประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ระบบจะประมวลผลโดยฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์</li> <li>4. ผู้ดูแลระดับ CUP สสจ. และสคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมสรุปผลการประเมินตนเองเป็นภาพรวมเขต ซึ่งจะเป็ผลประเมินรอบที่ 1 (6 เดือนแรก)</li> <li>5. โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมินตนเอง</li> </ol>
ไตรมาส 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทีมผู้ประเมินซึ่งกำหนดร่วมกันในเขตสุขภาพ (สคร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ลงประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินตนเองร่วมกับโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน</li> <li>2. ทีมผู้ประเมินคัดเลือกและส่งรายชื่อโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ดีเด่น เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขต ในการประกวด NCD Clinic Plus Awards ไปยังกองโรคไม่ติดต่อ</li> </ol>
ไตรมาส 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลประเมินตนเอง (ส่วนที่ 1) ผ่านแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online (<a href="http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th">http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th</a>) ซึ่งเป็นผลการประเมินหลังจากการประเมินรับรอง</li> <li>2. การประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ระบบจะประมวลผลโดยฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม</li> <li>3. ผู้ดูแลระดับ CUP สสจ. และสคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมสรุปผลการประเมินตนเองภาพรวมเขต ซึ่งเป็นผลประเมินรอบที่ 2 (6 เดือนหลัง)</li> </ol>

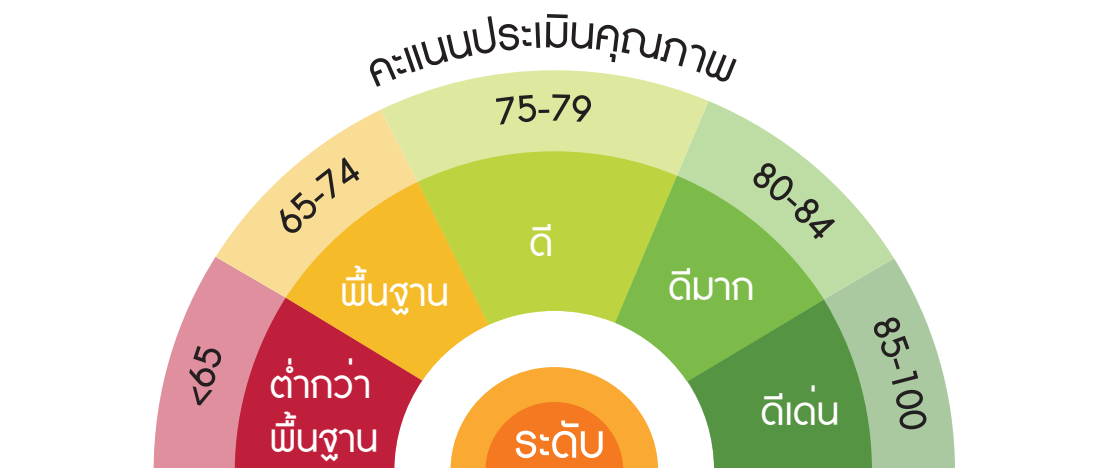


ลำดับ	การดำเนินงาน	ระยะเวลา
1	การชี้แจงเกณฑ์และวิธีการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online	ธ.ค.
2	การลงทะเบียนเข้าใช้งานระบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online	ม.ค.
3	การติดตามผลการประเมิน รอบที่ 1 (6 เดือนแรก) ผ่านระบบออนไลน์	
	3.1 รพ.ประเมินตนเอง ในส่วนที่ 1 (6 องค์ประกอบ) และผู้ดูแลระดับ CUP ตรวจสอบ และยืนยันผลการประเมินของ รพ.	1 - 31 ม.ค.
	3.2 สสจ. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของ รพ. ในพื้นที่รับผิดชอบ	1 ม.ค. - 14 ก.พ.
	3.3 สคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของ รพ. ในจังหวัดที่รับผิดชอบ	1 ม.ค. - 28 ก.พ.
	3.4 กองโรคไม่ติดต่อ ติดตาม ตรวจสอบ และสรุปผลการประเมินภาพรวมประเทศ	มี.ค.
	***การประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ระบบประมวลผลโดยใช้ฐานข้อมูล จาก HDC ที่ Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์***	
4	การลงพื้นที่ประเมินรับรองการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาล	
	4.1 ทีมประเมินรับรอง (สคร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ประชุมทีมเพื่อวางแผนการลงพื้นที่เสริมพลังและพัฒนาการดำเนินงานของ รพ. ในพื้นที่รับผิดชอบ	ก.พ. - มี.ค.
	4.2 ทีมประเมินรับรองลงพื้นที่เสริมพลังและพัฒนาการดำเนินงานของ รพ. ในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมสรุปผลการลงพื้นที่	เม.ย. - มิ.ย.
	4.3 สคร.ส่งผลสรุปการลงพื้นที่ประเมินรับรองของ รพ. พร้อมผลการคัดเลือก รพ. ที่มีผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขตประกวด NCD Clinic Plus Awards ไปยังกองโรคไม่ติดต่อ	มิ.ย.
5	การคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ	
	กองโรคไม่ติดต่อจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards	ก.ค. - ส.ค.
	***การประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ใช้ข้อมูลจาก HDC ที่ Freeze ณ วันที่ 16 กรกฎาคม***	
6	การติดตามผลการประเมิน รอบที่ 2 (6 เดือนหลัง) ภายหลังจากประเมินรับรองผ่านระบบออนไลน์	
	6.1 รพ.ประเมินตนเอง ในส่วนที่ 1 (6 องค์ประกอบ) และผู้ดูแลระดับ CUP ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของ รพ.	1 มิ.ย. - 20 ก.ค.
	6.2 สสจ. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของ รพ.ในพื้นที่รับผิดชอบ	1 มิ.ย. - 4 ส.ค.
	6.3 สคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของ รพ.ในจังหวัดที่รับผิดชอบ	1 มิ.ย. - 20 ส.ค.
	6.4 กองโรคไม่ติดต่อ ติดตาม ตรวจสอบ และสรุปผลการประเมินภาพรวมประเทศ	ส.ค. - ก.ย.
	***การประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ระบบประมวลผลโดยใช้ฐานข้อมูล จาก HDC ที่ Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม***	

# 3

## เกณฑ์คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รวม 100 คะแนน จากการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 50 คะแนน และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 50 คะแนน มีระดับผลการประเมิน ดังนี้



### การผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง

ระดับสถานบริการ : โรงพยาบาลได้คะแนนประเมินรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน

ระดับเขตและประเทศ : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75\*

หมายเหตุ \* ค่าเป้าหมายร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2564



## 4

# คำชี้แจงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

## 4.1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (50 คะแนน)



เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง นโยบาย			6	30	
1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย			1	5	
	1. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยผู้บริหาร	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบายเป้าหมาย เพื่อลดโรค และปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดย คณะกรรมการ NCD board โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงาน ของโรงพยาบาลร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้	2			
	3. มีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพ ทั้งใน และนอกโรงพยาบาลได้รับรู้ทั่วถึงกัน	3			
	4. มีการวิเคราะห์ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายในการ ประชุมคณะกรรมการ NCD board ระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4			
	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ			1	5	
	1. มีการวางแผน, มีแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมเพื่อป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง) ภายในองค์กร	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมและงบประมาณที่ชัดเจน สอดคล้องกับการทบทวน วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงาน ของทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย	2			
	3. มีการกำหนดเป้าหมายของแผนปฏิบัติการและ กิจกรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนปฏิบัติการ มาทบทวน และปรับปรุง	4			
	5. มีแผนพัฒนาระดับการดำเนินงานให้ครอบคลุม ทุกคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ	5			
1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus			2	10	
	1. มีการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรเพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน NCD Clinic Plus	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการวิเคราะห์ความต้องการด้านทักษะและวิชาการ ที่สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	2			
	3. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อสนับสนุน ความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการจัดสรรบุคลากรทดแทน เพื่อสนับสนุน การดำเนินงาน NCD Clinic Plus	4			
	5. มีแผนจัดสรรบุคลากรเพื่อสนับสนุนความสำเร็จ การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ที่เหมาะสม เพียงพอ ต่อการปฏิบัติงาน	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสมเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีการกำหนดวัน จัดตารางเวลาและทีมผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน สำหรับการให้บริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาสำหรับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ/หรือ การให้บริการ คลินิกชะลอไตเสื่อมที่ชัดเจน	2			
	3. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ไม่เพียงพอและสถานที่ไม่เหมาะสมต่อการให้บริการ	3			
	4. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอและมีการจัดสถานที่เหมาะสมต่อการให้บริการ	4			
	5. มีการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ	5			
1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	2			
	3. มีแผนการติดตามประเมินการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus	3			
	4. มีผลการกำกับ ติดตาม อย่างเป็นระบบ อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	4			
	5. มีการนำผลการกำกับติดตามประเมินผลมาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	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	สรุปประเด็น :		
	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 เพื่อใช้ประโยชน์ทางคลินิกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม	3			
	4. มีการนำผลการวิเคราะห์มาใช้สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ	4			
	5. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	5			

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



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

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีการค้นหาสาเหตุของปัจจัยเสี่ยง และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้รับบริการทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล	3			
	4. มีการจัดบริการและเสริมทักษะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของผู้รับบริการ รายบุคคลและรายกลุ่ม	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการจัดบริการลดความเสี่ยงของผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม	5			
<b>3.2 การให้บริการเพื่อการดูแลและจัดการโรค</b>			<b>3</b>	<b>15</b>	
	1. มีการวินิจฉัย และลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่อย่างครบถ้วน และปรับปรุงข้อมูลการวินิจฉัยผู้ป่วยรายเก่าให้เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการรายบุคคล	2			
	3. มีการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการสำหรับผู้รับบริการ ตามมาตรฐาน	3			
	4. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ	4			
	5. มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง	5			
<b>3.3 ระบบการรับ - ส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย</b>			<b>2</b>	<b>10</b>	
	1. มีระบบการรับ - ส่งต่อระหว่างเครือข่าย และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรับ - ส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	2			
	3. มีแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)	3			
	4. นำผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) มาทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	4			
	5. มีแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับแผนท้องถิ่น (อปท.) หรือแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขพ.)	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
<b>3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager/Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</b>			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีผู้ประสานงาน NCD Case Manager/Coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	2			
	3. ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนและดำเนินงานในการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3			
	4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล	4			
	5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	5			
<b>3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน</b>			2	10	
	1. มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข	2			
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	3			
	4. มีการติดตาม/ประเมินผลของผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบ (รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการนอกกระทรวงสาธารณสุข)	4			
	5. มีการแจ้งผลการติดตาม และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่ายผ่านเวที และ/หรือ ช่องทางที่เหมาะสม	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง			8	40	
4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			2	10	
	1. มีการกำหนด Core Content (เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า) ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมา กำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	2			
	3. มีแผนและดำเนินการตามกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	3			
	4. นำผลการดำเนินงานมาทบทวน เพื่อปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินงานเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	4			
	5. มีการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	5			
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล			2	10	
	1. มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายกลุ่ม ด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการสื่อสารข้อมูลการรักษา ระยะของโรค ปัจจัยเสี่ยง และการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายบุคคลด้วยช่องทาง และวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น คู่มือ สมุดสุขภาพ LINE Application เป็นต้น	2			
	3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการตนเองมาใช้ในการ กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ	3			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	4. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่บ้าน ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ เช่น SMBG/SMBP และสามารถแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญให้แก่ทีมสหวิชาชีพได้	4			
	5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	5			
<b>4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม</b>			<b>2</b>	<b>10</b>	
	1. มีการรวมกลุ่ม ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สัมพันธภาพทางสังคมและการช่วยเหลือภายในกลุ่มเพื่อน	2			
	3. กลุ่ม ชมรม ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด	3			
	4. กลุ่ม ชมรม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรม	4			
	5. กลุ่ม ชมรม มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	5			
<b>4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย</b>			<b>2</b>	<b>10</b>	
	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1	สรุปประเด็น :		
	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)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ			5	25	
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ			2	10	
	1. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการครอบคลุมทุกกระบวนการ (ตาม CPG นั้นๆ)	2			
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในสถานบริการและเครือข่าย	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)	4			
	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน เป็นระยะ เพื่อให้มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน	5			
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานเพื่อให้การปรึกษาเบื้องต้น แต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนดเกณฑ์การให้คำปรึกษาโดยสาขาชีพ หรือตัวแทนในโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้ง รวมทั้ง กำหนดช่องทางของการให้คำปรึกษา	2			
	3. มีการดำเนินงานตามระบบการให้คำปรึกษา	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทีม สาขาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงาน ร่วมกันระหว่างเครือข่ายสม่ำเสมอ	4			
	5. มีการวิเคราะห์ปัญหาในการให้คำปรึกษาเพื่อนำมาใช้ ในการพัฒนาศักยภาพสถานบริการ และเครือข่าย ทุกระดับ	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
5.3 Chronic Case Conference/KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค			1	5	
	1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference/KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference/KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2			
	3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference/KM มาปรับปรุงกระบวนการงานจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	3			
	4. มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรมในการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มารวบรวมเป็นคลังความรู้	4			
	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึง ได้สะดวก หลายช่องทาง เช่น Social Media Website	5			
องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน			10	50	
6.1 การสนับสนุนทิศทางการนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน			2	10	
	1. มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ชุมชนหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ (พชพ.)	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการ สุขภาพ และชุมชน	2			
	3. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน โดยเครือข่าย บริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ร่วมกัน	3			
	4. มีการประเมินผลการดำเนินงานครบทุกแผนงาน/ โครงการ/กิจกรรม	4			
	5. มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
<b>6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน</b>			2	10	
	1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน	1	สรุปประเด็น :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการตามแผนงานที่วางไว้	2			
	3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงานกิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค	4			
	5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	5			
<b>6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน</b>			2	10	
	1. มีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ และสามารถระบุปัญหา และรากเหง้าของปัญหาของชุมชนที่ต้องจัดการ เพื่อสร้างเป็นนโยบายสาธารณะ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนงานโครงการหรือแผนกิจกรรม เพื่อพัฒนา นโยบายสาธารณะในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักโรคไม่ติดต่อ	2			
	3. มีการผลักดันให้เกิดการใช้นโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การทำประชาคมตีในชุมชน, การทดลองใช้นโยบายในบางพื้นที่	3			
	4. มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ	4			
	5. มีการบูรณาการนโยบายสาธารณะร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			



เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1 - 5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	1	สรุปประเด็น :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ที่ดำเนินการเอง	2			
	3. มีกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ และ/หรือ กลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรม อย่างต่อเนื่อง	5			
6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพมีแผนงานสนับสนุนให้ อสม. มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	1	สรุปประเด็น :		
	2. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	2			
	3. อสม. ดำเนินการตามแผนอย่างน้อยร้อยละ 50	3			
	4. เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของอสม.	4			
	5. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับ อสม. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน	5			
<b>คะแนนรวม</b>			<b>50</b>	<b>250</b>	

การคิดคะแนน ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (50 คะแนน)

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



### องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย

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

#### 1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย

การกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ของการให้บริการโรคไม่ติดต่อที่เน้นการป้องกันควบคุมไปกับการรักษาเพื่อลดโรค โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น งานวิจัย การสำรวจ เป็นต้น เพื่อใช้ในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ NCD board ระดับอำเภอได้มีส่วนร่วมผ่านการประชุมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีสรุปรายงานการประชุม ติดตามผลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข วิเคราะห์ช่องว่าง (GAP) เพื่อการพัฒนาปรับทิศทาง และเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อการลดปัญหาและมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการให้บริการโรคไม่ติดต่อ

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

**เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:** เช่น

แผนงาน หนังสือคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและบทบาทรับผิดชอบ รายงานการประชุม NCD board เป็นต้น

#### 1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ

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

## หมายเหตุ:

- 1) เป็นแผนที่สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย ในข้อ 1.1
- 2) ทรัพยากรในที่นี่ รวมถึง คน เงิน ของ
  - มีการวิเคราะห์ GAP ทั้ง 6 องค์ประกอบ
  - มีการกำหนดยุทธศาสตร์ตาม SWOT analysis ที่ได้
  - มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus (ปิด GAP)
- 3) แผนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ Contracting Unit for Primary Care (CUP)

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

- 4) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

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

- 5) แผนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)

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

## เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนปฏิบัติการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

### 1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ ต้องเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรที่จำเป็นรวมถึงทักษะความรู้วิชาการที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนงานคลินิกโรคไม่ติดต่อและงานชะลอไตเสื่อมของสถานบริการสาธารณสุข และนำไปสู่การกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพและแผนจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ หรือมีการบริหารจัดการหาบุคลากรมาทดแทนในการทำงานได้ เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องและราบรื่น

**เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:** เช่น

แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (แผนการฝึกอบรม หรือส่งบุคลากรฝึกอบรม), แผนการจัดสรรบุคลากร เป็นต้น

### 1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus

การจัดสถานที่ในการให้บริการจะต้องมีพื้นที่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ สะดวกเป็นสัดส่วน และเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยมีการกำหนดวัน และการจัดตารางเวลาสำหรับการให้บริการ และกำหนดทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน และปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการมีจำนวนเพียงพอ และสามารถนำไปใช้งานได้มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งาน และมีแผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์โดยมีการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่องโดยมีการแบ่งเกณฑ์เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอมีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งานตามระดับของโรงพยาบาล ดังนี้

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

หากโรงพยาบาลมีเครื่องมือ และอุปกรณ์ไม่เพียงพอตามข้อมูลข้างต้น ควรมีการบริหารจัดการหรือจัดหาเครื่องมือ และอุปกรณ์จากหน่วยบริการในเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

**เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:** เช่น

แผนการบริหารจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ของหน่วยงาน, รายงานการติดตามดูแลรักษา ตรวจสอบสภาพการใช้งานของเครื่องมือและอุปกรณ์ เป็นต้น

### 1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus

การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานจะต้องมีการทบทวนทิศทางการดำเนินงาน ทุกไตรมาส และนำผลการติดตามไปปรับปรุงเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีการติดตาม แผนงานโครงการตามที่ตั้งไว้ในแผนและมีแผนการติดตามนิเทศเครือข่าย

\* ระบบการติดตามประเมินผล เพื่อดูความก้าวหน้าของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จะต้องกำหนดระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เช่น ผ่านการประชุมทุกไตรมาส

\* กลไกในการดำเนินงาน เช่น การประชุมบอร์ด การประชุมทีมงาน การมอบหมาย ผู้รับผิดชอบ เป็นต้น

**หมายเหตุ:** ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายจากข้อ 1.1

**เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:** เช่น

รายงานการประชุม สรุปผลการประเมิน แผนการปรับปรุงการทำงาน และแผนผังกำหนดงาน (Gantt chart) เป็นต้น

**\*\*ผู้ที่รับการสอบถามในองค์ประกอบที่ 1:**

ผู้บริหารโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ NCD Case Manager หรือ NCD Coordinator ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus



## องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย การมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ ครบถ้วน และสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่ายสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สามารถนำข้อมูล มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร

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 ที่หน่วยบริการสร้างเพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลของตนเอง สมุดทะเบียนการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

### 2.2 ระบบข้อมูล และสารสนเทศ (Data Exchange) ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่อง ในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ Health Data Center อำเภอ และ Health Data Center จังหวัด

ในระดับอำเภอจะต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่าง Health Data Center อำเภอ และ Health Data Center จังหวัด โดยต้องมีการใช้ Data Exchange ตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด รวมทั้งมีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการแก้ไข และปรับปรุงระบบข้อมูลและสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง

**เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:** เช่น

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

## 2.3 มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุม โรคไม่ติดต่อ

มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานและการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ การดูแลรักษา และออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งในรายบุคคล กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น Minimum Data Set ดังนี้

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

### สรุปประเด็นสำคัญ:

การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม เช่น จากระบบทะเบียน มาจัดทำประมวลผลให้อยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ ที่สามารถนำไปใช้งานได้ เช่น จำนวน อัตรา สัดส่วน ความชุก เป็นต้น และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งอื่นที่เชื่อถือ เช่น การนำข้อมูลการวิจัย การสำรวจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพ ระบาดวิทยา เป็นต้น เพื่อนำมาใช้อธิบายการเกิดของเหตุการณ์เชิงพรรณนาของบุคคล เวลา สถานที่

**เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:** เช่น

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

**\*\*ผู้ที่รับการสอบถามในองค์ประกอบที่ 2:**

NCD Case Manager, NCD Coordinator, ผู้รับผิดชอบผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus

### องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

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

#### 3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)

การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาและลงทะเบียนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งนำไปสู่การค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยงทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาและจัดบริการตามความเสี่ยงที่ประเมินได้ และเสริมทักษะการลดปัจจัยเสี่ยง โดยมีรายละเอียดการค้นหาและประเมินโอกาสเสี่ยง ดังนี้

##### กลุ่มเสี่ยง

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

##### กลุ่มป่วย

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

##### หมายเหตุ:

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

โอกาสเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดโรค ซึ่งในโรคไม่ติดต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมากขึ้น



### 3.2 การให้บริการเพื่อการดูแลและจัดการโรค

การให้บริการตั้งแต่การวินิจฉัยและลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วยรายเก่าให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคล และให้บริการตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานตามระยะโรค รวมถึงมีการคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อรับทราบข้อมูลและใช้ในการดูแลจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

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

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

**เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:** เช่น

แผนการรักษาใน Family Folder ของผู้ป่วย กรณีที่ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

### 3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager หรือ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

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

**สรุปประเด็นสำคัญ:**

ข้อ 3.4 เน้นเรื่องผู้ประสานงาน ให้เป็นรูปแบบของ บุคคล ทีมประสานและมีคณะทำงานของทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงาน

**เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา:** เช่น

คำสั่งแต่งตั้งผู้ประสานงาน NCD Case Manager, รายชื่อและเบอร์ติดต่อ NCD Case Manager ของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

### 3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน

มีเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงกับสถานบริการสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนรวมถึงมีแนวทางปฏิบัติ การติดตามประเมินผล การแจ้งผลการติดตามการดูแลรักษา และส่งต่อระหว่างเครือข่ายในการดูแลโรคไม่ติดต่อ

**\*\*ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 3:**

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

## องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดการบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย รวมถึงมีกระบวนการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและจัดการตนเอง ช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียดดังนี้

### 4.1 การจัดการบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

การจัดการบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องกำหนดเนื้อหาสำคัญในการให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและการจัดการตนเองที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า เป็นต้น ทั้งนี้จัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแผน และกิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้ตามปัญหาผู้รับบริการ มีการดำเนินการตามแผน และติดตามผลเพื่อนำมาพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน

**เอกสารประกอบการพิจารณา:** เช่น

ดูจากเอกสารการติดตามการจัดการรายกรณี

### 4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเอง ของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

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

**เอกสารประกอบการพิจารณา:** เช่น

แนวทาง/Flow chart กระบวนการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการ เป็นต้น

### 4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเองในการทำหน้าที่ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพ ทางสังคม

การสนับสนุนการจัดการตนเองให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย มีร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพ ทางสังคมที่ดี โดยมีการจัดกลุ่ม/ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง มีแผนการดำเนินกิจกรรม และดำเนินการตามแผน รวมทั้งมีการประเมินผลการดำเนินงาน และนำผลมาพัฒนาแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการจัดกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมเพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง, ภาพกิจกรรมกลุ่ม/ชมรม ที่สนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นต้น

#### 4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

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

เอกสารประกอบการพิจารณา: เช่น

แผนการดำเนินงานที่มีรูปแบบการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยมีการวางแผนติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

**\*\*ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 4:**

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติงาน NCD Clinic Plus และผู้รับบริการ

### องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ประกอบด้วย มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระบบการประสานงานให้คำปรึกษา รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลและจัดการโรค มีรายละเอียดดังนี้

#### 5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ

แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมกระบวนการการดำเนินงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ได้แก่

- 1) การคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
- 2) การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
- 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/สถานบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการคลินิก/สถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย โดยมีทีมประสานงาน ทีมให้คำปรึกษาที่กำหนดบทบาทหน้าที่ ช่องทางการประสานงาน และมี Flow Chart ของการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งนี้ควรมีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษา และทบทวนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ

**เอกสารประกอบการพิจารณา:** เช่น

แนวทาง/Flow Chart การประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างเครือข่ายบริการสาธารณสุข เป็นต้น

## 5.3 Chronic Case Conference/KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค

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

**สรุปประเด็นสำคัญ:**

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

**เอกสารประกอบการพิจารณา:** เช่น

รายงานสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค, คลังความรู้การดูแลและจัดการโรคของสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

**\*\*ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 5:**

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

## องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย การสนับสนุน ทัศนคติทางนโยบายในการลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพและสนับสนุนการดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 6.1 การสนับสนุนทัศนคติทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน

การสนับสนุนทัศนคติทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรค โดยมีการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.) ได้รับทราบและมีส่วนร่วม ในการกำหนดปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคในชุมชน เช่น 3อ.2ส. การสร้างผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน ให้ความรู้ร้านค้า ลด หวาน มัน เค็ม เป็นต้น ทั้งนี้ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานกิจกรรมตามแผน และติดตามการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เข้ามามีส่วนร่วม

**เอกสารประกอบการพิจารณา:** เช่น

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลดเสี่ยงลดโรคในชุมชน เป็นต้น

### 6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนหรือร่วมดำเนินการกับชุมชนในการจัดทำแผนโครงการ ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค เช่น จัดสภาพแวดล้อมเรื่องขยะ น้ำ ตลาด เป็นต้น และมีแผนงานการดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน มีการติดตามผลการดำเนินงาน และนำผลมาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**เอกสารประกอบการพิจารณา:** เช่น

แผนงาน/โครงการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน, ภาพกิจกรรม เป็นต้น

### 6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน

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

#### 6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เครือข่ายบริการสุขภาพให้การสนับสนุน 3 M (คน เงิน ของ) หรือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ดำเนินงานจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ โดยชุมชนมีการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่ม ชมรม เพื่อสุขภาพที่มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรม มีแผนงาน มีการดำเนินการตามแผน โดยเฉพาะกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง เพื่อให้คนในชุมชนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบในชุมชน ทั้งนี้ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรม เพื่อสุขภาพ 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 โดยการมีส่วนร่วมของอสม.

เครือข่ายบริการสุขภาพสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยร่วมกันจัดทำแผนงาน ดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีการดำเนินการตามแผน ติดตาม และทบทวนกระบวนการทำงาน

**เอกสารประกอบการพิจารณา:** เช่น

แผนการดูแลติดตามกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ ภาพกิจกรรม เป็นต้น

**\*\*ผู้รับการสัมภาษณ์ในองค์ประกอบที่ 6:**

เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู และผู้นำชุมชน





### 4.3 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน)

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ทำได้
				1	2	3	4	5		
1. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	$>60$	5	$<45$	45	50	55	$>60$	25	
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL $< 100$ mg/dl	ร้อยละ	$>60$	4	$<45$	45	50	55	$>60$	20	
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	$>40$	4	$<25$	25	30	35	$>40$	20	
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ	$>60$	4	$<45$	45	50	55	$>60$	20	
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI $\geq 25$ กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ	$\geq 5$	4	$<-2.5$	-2.5	0	2.5	$\geq 5$	20	
6. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	$\leq 2$	4	$>8$	8	6	4	$\leq 2$	20	
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	$\geq 5$	4	$<2$	2	3	4	$\geq 5$	20	
8. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	$\geq 70$	5	$<55$	55	60	65	$\geq 70$	25	
9. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	$\geq 60$	4	$<45$	45	50	55	$\geq 60$	20	
10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	$\geq 80$	4	$<65$	65	70	75	$\geq 80$	20	
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส 3, 4	ร้อยละ	$\geq 40$	4	$<25$	25	30	35	$\geq 40$	20	
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3 - 4 ขะลอกการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ	$> 50$	4	$< 35$	35	40	45	$> 50$	20	
<b>คะแนนรวม</b>			<b>50</b>						<b>250</b>	

## การคิดคะแนน ประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

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

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

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

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







### ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน

ตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า $\geq 126$ mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า $\geq 200$ mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3 - 6 เดือน)
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน typearea 1, 3 (1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย))
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 6 เดือน
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
วิธีการประมวลผล	A : จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen และได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 6 เดือน ประมวลผลจาก - แฟ้ม NCDScreen.BSTEST = 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3 - 6 เดือน) หรือ - แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคส ในซีรัม/พลาสมา), หลังจากตรวจคัดกรองภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน 3 - 6 เดือน) B : จำนวนกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreen ประมวลผลจาก - BSTEST เป็น 1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL $\geq 126$ mg/dl - BSTEST เป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร), 4 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL $\geq 200$ mg/dl

## ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl

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

### ตัวชี้วัดที่ 3 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"> <li>1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25</li> <li>2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50</li> <li>3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69</li> <li>4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 N18.4-N18.5</li> <li>5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชัก และโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	<p>A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p> <p>A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด</p>
รายการข้อมูล 3	<p>C1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p> <p>C2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p>

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	คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ) A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST = “0531601”) ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนที่มารับบริการ จากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ที่ได้รับการตรวจ HbA1C (LABFU.LABTEST= “0531601”) ระดับ HbA1C ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม - HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน CHRONIC และมารับบริการทั้งหมด จากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ

## ตัวชี้วัดที่ 4 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"> <li>1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg</li> <li>2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg</li> <li>3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1 - 4 และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg</li> </ol> <p>*หมายเหตุ : รหัส ICD 10 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 - 4 รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 - 4 N18.1-N18.4</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD-10 : E10-14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แพ้ม
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	D1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด D2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อยกว่า 60 ปี และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	E1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจความดันโลหิต ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิต ครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณน้อยกว่า 140/90 mmHg E2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณน้อยกว่า 140/90 mmHg
รายการข้อมูล 6	F1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด F2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
รายการข้อมูล 7	G1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจความดันโลหิต ในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1 - 4 และมีค่าความดันโลหิต ครั้งสุดท้าย ในปีงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg G2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจความดันโลหิตในทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1 - 4 และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ น้อยกว่า 130/80 mmHg
รายการข้อมูล 8	H1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1 - 4 ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด H2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทุกกลุ่มอายุ และเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 1 - 4 ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
วิธีการประมวลผล	คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ) A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต และมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณตามเกณฑ์ (สัญญาชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณตามเกณฑ์ (สัญญาชาติไทย) ประมวลผลจาก CHRONICFU

B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”) 1 (มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 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 (มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 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

F1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD, DIAGNOSIS\_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“1”, “3”) 1 (มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 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 (มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 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 5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI  $\geq$  25 กก./ตร.ม.]  
ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา**

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
คำนิยาม	<p><b>ผู้ป่วยเบาหวาน</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p><b>ภาวะอ้วน</b> หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.ม.</p> <p><b>หมายเหตุ:</b> ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index (BMI)) เป็นค่าที่คำนวณ เท่ากับ น้ำหนักตัว หน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วย ความสูง หน่วยเป็น เมตรยกกำลังสอง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณปัจจุบัน
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$[(B-A)/B] \times 100$
วิธีการประมวลผล	<p>A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI <math>\geq</math> 25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณปัจจุบันประมวลผลจาก CHRONICFU ในครั้งล่าสุดที่มี WEIGHT และ HEIGHT โดยคำนวณเป็นค่า BMI [WEIGHT (kg.) หารด้วย HEIGHT (m.) ยกกำลังสอง] มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.ม. และเพิ่ม PERSON ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)</p> <p>B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะอ้วน [BMI <math>\geq</math> 25 กก./ตร.ม.] ในปีงบประมาณที่ผ่านมาประมวลผลจาก CHRONICFU ในครั้งล่าสุดที่มี WEIGHT และ HEIGHT โดยคำนวณเป็นค่า BMI [WEIGHT (kg.) หารด้วย HEIGHT (m.) ยกกำลังสอง] มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.ม.และเพิ่ม PERSON ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)</p>

## ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวชี้วัด	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
คำนิยาม	<p><b>ผู้ป่วยเบาหวาน</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p><b>ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน</b> หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจนระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (Conscious Change) หรือสัญญาณชีพผิดปกติ (Abnormal Vital Signs) และ/หรือภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่จัดอยู่ในกลุ่ม DKA และ Hyperosmolar Coma</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
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 DIAGNOSIS ในปีงบประมาณ ของหน่วยบริการ 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 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากแฟ้ม DIAGNOSIS ในปีงบประมาณ ของหน่วยบริการ 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 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = "9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย)</p> <p>B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ PERSON.NATION = "099" (สัญชาติไทย)</p>

## ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

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

## ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน</p> <p>การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC</li> </ol>
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
วิธีการประมวลผล	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>* B : กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>* A : กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการทำ Home BP โดยต้องรายงานผลค่าเฉลี่ย Home BP ถัดจากวันสงสัยป่วย อย่างน้อย 8 วันและไม่เกิน 120 วัน</p>

### ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน

1. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 30 ธันวาคม 2562 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563
2. ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 120 วัน ดังนั้นวันสุดท้ายของการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จะต้องไม่เกินวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2563

## ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
คำนิยาม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยรหัส = I10-I15 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย <140/90 mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ C1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ D1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	A2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ C2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ D2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ และไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1)x100
วิธีการประมวลผล	<p>คิดจาก 43 แฟ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)</p> <p>A 1: จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 ในเขตรับผิดชอบPERSON.TYPEAREA IN (“1” , “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHAGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg)</p> <p>B1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ในเขตรับผิดชอบPERSON.TYPE AREA IN (“1” , “3”)</p> <p>C1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 ในเขตรับผิดชอบPERSON.TYPEAREA IN (“1” , “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHAGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกันใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg)</p> <p>D1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ในเขตรับผิดชอบPERSON.TYPEAREA IN (“1” , “3”) และไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ</p> <p>A2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg)</p> <p>B2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ</p>

	<p>C2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญญาชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ และมีค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg)</p> <p>D2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญญาชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ และไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง**

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติมานานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้</li> <li>2. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้</li> </ol>
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"> <li>1. นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย โทร 08 9673 0915, kcharoen007@hotmail.com</li> <li>2. นายไพบุลย์ ไวกยี่ โทร 08 1853 4057, paiboon.wa@moph.mail.go.th</li> </ol>

## หมายเหตุ

- ผู้ป่วยจะถือว่าได้รับการคัดกรองโรคไต ก็ต่อเมื่อ
  1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ
  2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณเดียวกัน โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด
- การตรวจ urine protein อาจตรวจด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ คือ
  - (1) urine albumin-to-creatinine ratio (ACR) รหัส 0440206;
  - (2) urine protein-to-creatinine ratio (UPCR) รหัส 17 หรือ 0440205;
  - (3) microalbuminuria รหัส 12 หรือ 0440204
  - (4) macroalbuminuria รหัส 14 หรือ 0440203
- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD จะหมายถึง CKD จากสาเหตุใดก็ตาม เช่น นิ่ว โรคเบาหวานและความดันโลหิต เป็นต้น

## Measurement Template Query Condition

การคำนวณ KPI (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่วันได้รับการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD) ดังนี้

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

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

- ตัวตั้ง = {(ผู้ป่วยของตัวหารที่มี E\* ที่ตรวจทั้ง 2 ข้อ คือ

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

(2) ตรวจข้อใดข้อหนึ่งของ (creatinine (LABTEST11) หรือ eGFR (LABTEST15) ใน File: LABFU))] + [(ผู้ป่วยของตัวหารที่มี (\* ที่ตรวจข้อใดข้อหนึ่งของ (creatinine (LABTEST11) หรือ eGFR (LABTEST15) ใน File: LABFU)))]x 100



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

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq$ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $<$ 20% ในไตรมาส 3, 4
คำนิยาม	<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"> <li>รหัสโรคเบาหวาน E10.-E14. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E10.-E14. ร่วมกับ I60-I69 ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)</li> <li>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)</li> </ol>
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
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล	<p>A : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (I10-I15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk <math>\geq</math>20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีระดับความเสี่ยง CVD Risk ลดลง <math>&lt;</math>20% ในช่วงไตรมาส 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 <math>\geq</math>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)

### วิธีการประมวลผล

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

- การสูบบุหรี่ จากแฟ้ม SPECIALPP/NCDScreen
- ค่าความดันตัวบน SBP ล่าสุด จากแฟ้ม CHRONICFU/NCDScreen
- ค่า Total Cholesterol จากแฟ้ม LABFU
- ค่าส่วนสูง/รอบเอวล่าสุด จากแฟ้ม CHRONICFU/NCDScreen
- การป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS
- อายุและเพศ จากแฟ้ม PERSON โดยที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“1”, “3”) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “099” (สัญชาติไทย)

**ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4  
ชะลอการลดลง ของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย**

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แล้วเป็นโรคไตเรื้อรัง stage 3-4 eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วยตามสมการ CKD-EPI มากกว่าร้อยละ 50
เกณฑ์เป้าหมาย	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และมารับบริการที่เป็น CKD stage 3-4
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR $\geq 2$ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง $< 5$
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอนเริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR $\geq 2$ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/Bx100
วิธีการประมวลผล	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอน เริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR $\geq 2$ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง $< 5$ ประมวลผลจากแฟ้ม <ul style="list-style-type: none"> <li>-ป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS</li> <li>- ค่า eGFR จากแฟ้ม LABFU</li> <li>- เป็นผู้ป่วย CKD STAGE จากแฟ้ม DIAGNOSIS และ LABFU ซึ่งทุกแฟ้มจะต้องเชื่อมโยงข้อมูลกับแฟ้ม PERSON ได้</li> </ul> B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ที่เป็น CKD stage 3-4 ตอน เริ่มประเมินได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR $\geq 2$ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณา ค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณประมวลผลจากแฟ้ม <ul style="list-style-type: none"> <li>-ป่วยเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม CHRONIC/DIAGNOSIS</li> <li>- ค่า eGFR จากแฟ้ม LABFU</li> <li>- เป็นผู้ป่วย CKD STAGE จากแฟ้ม DIAGNOSIS และ LABFU ซึ่งทุกแฟ้มจะต้องเชื่อมโยงข้อมูลกับแฟ้ม PERSON ได้</li> </ul>

# 5

## การใช้แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พัฒนาแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online ขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและลดระยะเวลาการรวบรวมผลการประเมิน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล โดยสามารถประเมินตนเองผ่านช่องทางออนไลน์ ทั้งนี้ผู้ดูแลระดับ CUP ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ (สคร.) สามารถตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินตนเอง และเข้าถึงผลการประเมินของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวิเคราะห์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลในภาพจังหวัด เขต และประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### 5.1 รายละเอียดส่วนประกอบของแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online

แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแสดงผลการประเมิน ซึ่งเป็นการประมวลผลคะแนนประเมิน รวม 2 ส่วน และนำเสนอในรูปแบบกราฟ แผนภูมิ และตาราง โดยผู้ใช้งานจะต้อง Log in เพื่อเข้าใช้งานในการประเมินตนเอง การตรวจสอบและยืนยันผลการประเมิน ส่วนที่ 1 (6 องค์ประกอบ) สำหรับการประเมิน ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ระบบจะประมวลโดยใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ตามรอบการประเมินนั้นๆ

#### 1) ส่วนแสดงผลการประเมิน

การแสดงผลประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในระบบมี 2 ระดับ คือ การแสดงผลในหน้าสาธารณะที่ผู้ใช้งานทุกคนสามารถเห็นผลประเมินได้โดยไม่ต้อง Log in และการแสดงผลในหน้า Log in ของผู้ใช้งานแต่ละระดับ ได้แก่ ระดับโรงพยาบาล ระดับ CUP ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ (สคร.) และกองโรคไม่ติดต่อ

- การแสดงผลในหน้าสาธารณะ : ผู้ใช้งานทุกคนสามารถเห็นผลการประเมินได้โดยไม่ต้อง Log in ประกอบด้วย 5 เมนู ดังนี้ 1) หน้าแรก 2) สถานะการประเมิน 3) ผลการประเมิน 4) ผลลัพธ์การประเมิน 5) คู่มือวิชาการ
- การแสดงผลในหน้า Log in : ผู้ใช้งานจะต้องมี Username และ Password ในการ Log in ซึ่งผู้ใช้งานแต่ละระดับ จะมีการแสดงผลที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย 3 เมนู ดังนี้ 1) Dashboard 2) หน้ารายงาน 3) หน้าข้อมูลผู้ใช้งาน



## 2) ส่วนประเมินตนเอง

การประเมินตนเองในส่วนที่ 1 เป็นการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus โดยใช้หลักการขั้นบันได (Milestone) สำหรับการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (ส่วนที่ 2) ระบบจะประมวลโดยใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ตามรอบการประเมิน

### 5.2 การใช้งานหน้าสาธารณะ (Public) สำหรับบุคคลทั่วไป

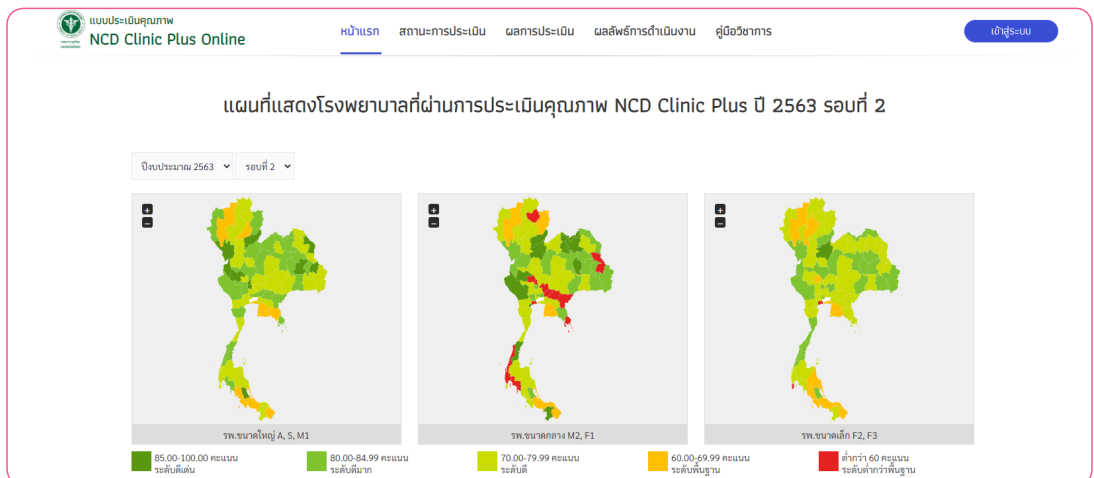


1) เข้าเว็บไซต์กรมควบคุมโรค URL : ddc.moph.go.th เลื่อนลงมาที่ ระบบงานบริการภายในกรมควบคุมโรค เลือกเมนู “แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” หรือเข้าถึงผ่าน <http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th> ดังรูปที่ 1



### รูปที่ 1 การเข้าสู่เว็บไซต์ แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online

2) เมื่อเข้าเว็บไซต์ “แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online” รายละเอียดประกอบด้วย 5 เมนูหลัก ดังนี้ 1) หน้าแรก 2) สถานะการประเมิน 3) ผลการประเมิน 4) ผลลัพธ์การดำเนินงาน 5) คู่มือวิชาการ ดังรูปที่ 2

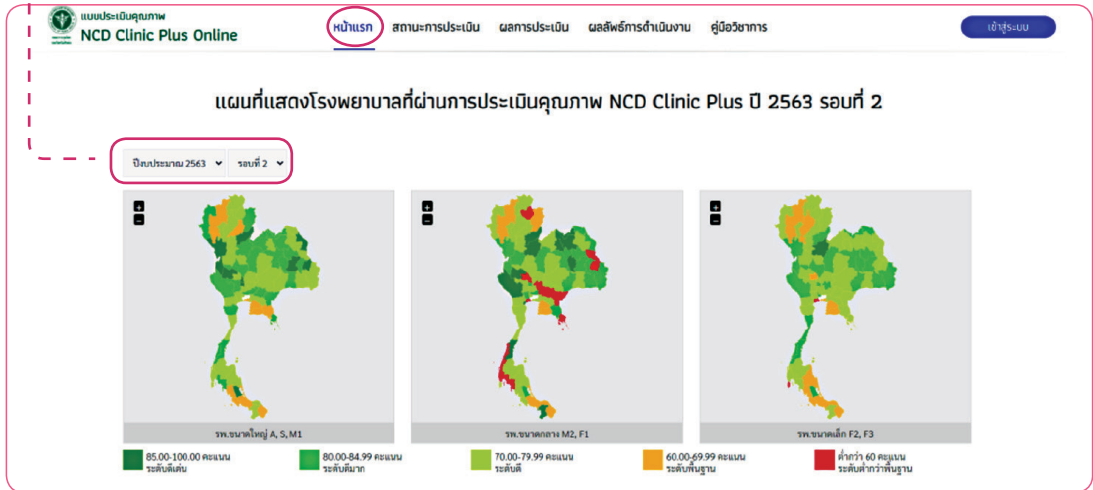


### รูปที่ 2 Dashboard แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online

### 1) หน้าแรก ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

- แผนที่ประเทศไทย แสดงโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล โดยสามารถเลือกแสดงผลตามปีงบประมาณและรอบการประเมิน ดังรูปที่ 3

สามารถเลือกปี และรอบการประเมินได้



รูปที่ 3 แผนที่ประเทศไทยแสดงโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

- ตารางแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมประเมิน NCD Clinic Plus โดยสามารถเลือกการแสดงผลตาม ปีงบประมาณ รอบการประเมิน เขตสุขภาพ และจังหวัด ดังรูปที่ 4

สามารถเลือก ปีงบประมาณ รอบการประเมิน  
เขตสุขภาพ และจังหวัดได้

ตารางแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2563 รอบที่ 2

ปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 2 รวมทุกเขตสุขภาพ --จังหวัด--

ขนาดของโรงพยาบาล	รพ.ทั้งหมด (แห่ง)	รพ.ที่เข้าร่วมประเมิน (แห่ง)	รพ.ที่ไม่เข้าร่วมประเมิน (แห่ง)
ร.พ.ขนาดใหญ่ A,S,M1	122	122	0
ร.พ.ขนาดกลาง M2,F1	179	179	0
ร.พ.ขนาดเล็ก F2,F3	597	593	4
รวม	898	894	4

รูปที่ 4 ตารางแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมประเมิน NCD Clinic Plus

2) หน้าสถานะการประเมิน แสดงรายละเอียดสถานะการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ที่เข้าร่วมประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ที่ประเมินแล้ว และยังไม่ได้ประเมิน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล โดยสามารถเลือกแสดงผลตาม ปีงบประมาณ รอบการประเมิน เขตสุขภาพ และจังหวัด ดังรูปที่ 5

สามารถเลือกปีงบประมาณ รอบการประเมิน  
เขตสุขภาพ และจังหวัดได้

ขนาดของโรงพยาบาล	รพ.ที่เข้าร่วม(แห่ง)	รพ.ที่ประเมินแล้ว (แห่ง)	รพ.ที่ยังไม่ประเมิน (แห่ง)
<b>ร.พ.ขนาดใหญ่</b>	122	122	0
- ระดับ A	34	34	0
- ระดับ S	53	53	0
- ระดับ M1	35	35	0
<b>ร.พ.ขนาดกลาง</b>	179	179	0
- ระดับ M2	92	92	0
- ระดับ F1	87	87	0
<b>ร.พ.ขนาดเล็ก</b>	597	593	4
- ระดับ F2	502	502	0
- ระดับ F3	95	91	4
รวม	898	894	4

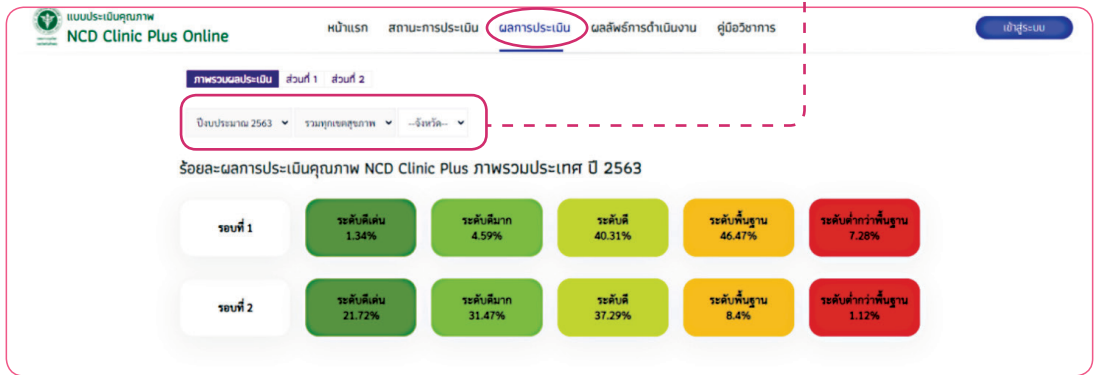
รูปที่ 5 ตารางแสดงสถานะการประเมินตนเองของโรงพยาบาล  
ที่เข้าร่วมประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

3) หน้าผลการประเมิน ประกอบด้วย 3 เมนู คือ ภาพรวมผลประเมิน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2

• ภาพรวมผลประเมิน แสดงผลการประเมิน NCD Clinic Plus ในภาพรวมจากการประเมิน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ โดยสามารถเลือกแสดงผลตามปีงบประมาณ เขตสุขภาพ และจังหวัดได้ แสดงรายละเอียด ดังนี้

- ร้อยละผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมประเทศ/เขตสุขภาพ/จังหวัด
- กราฟแสดงเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปีงบประมาณที่ผ่านมา กับปีงบประมาณปัจจุบัน
- กราฟแสดงเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1 กับรอบที่ 2 ในปัจจุบัน
- กราฟแสดงร้อยละผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล
- กราฟแสดงร้อยละผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จำแนกตามเขตสุขภาพ

สามารถเลือกปีงบประมาณ เขตสุขภาพ และ จังหวัดได้



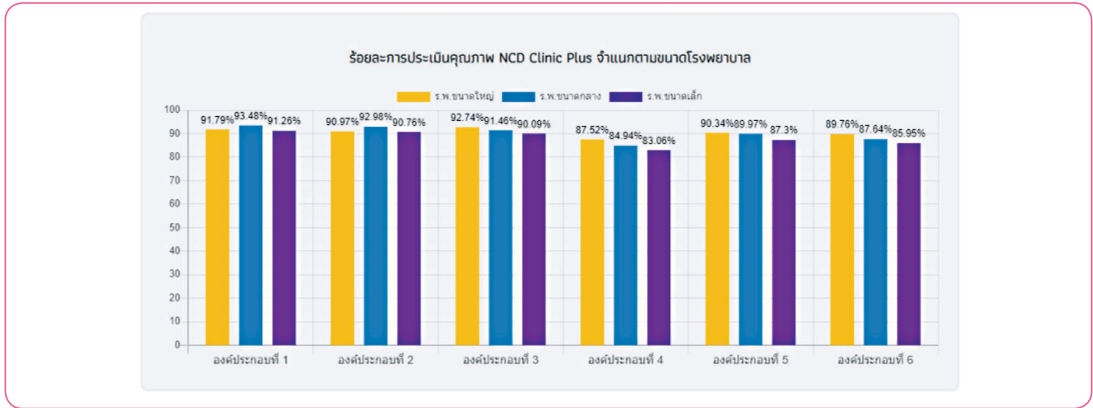
รูปที่ 6 แสดงผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ภาพรวมประเทศ



• **ส่วนที่ 1** แสดงผลการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ ที่ได้จากการประเมินตนเองของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus โดยสามารถเลือกแสดงผลตามปีงบประมาณ รอบการประเมิน เขตสุขภาพ และจังหวัด แสดงรายละเอียดดังนี้

- ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ
- กราฟแสดงร้อยละการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

สามารถเลือกปีงบประมาณ รอบการประเมิน  
เขตสุขภาพ และจังหวัดได้

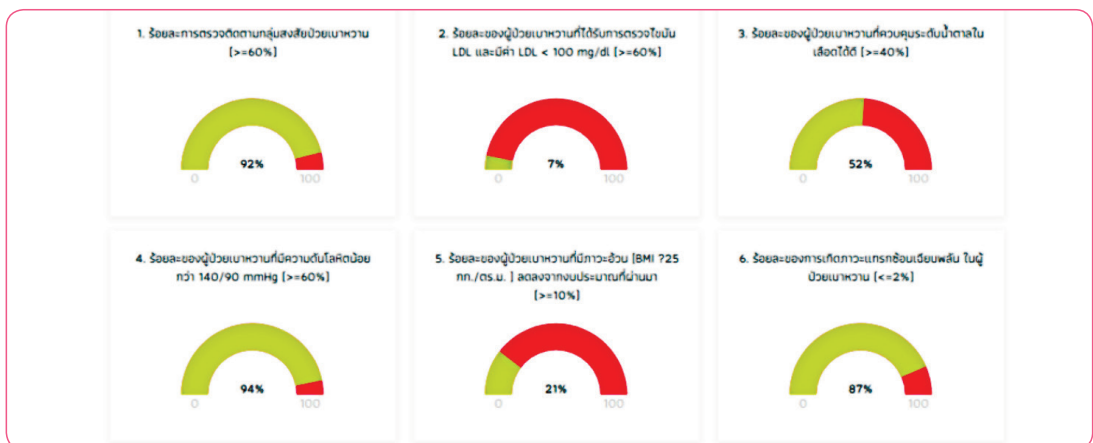
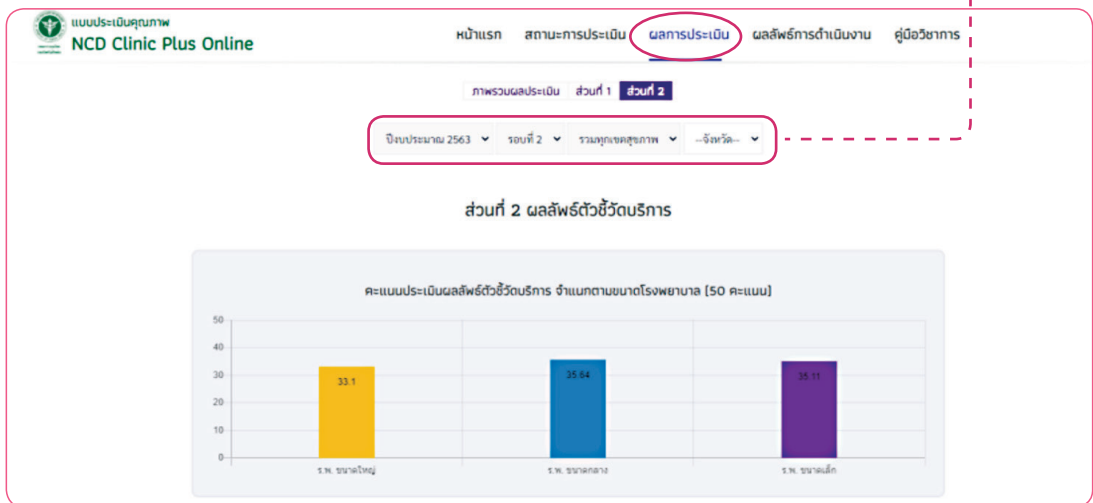


รูปที่ 7 แสดงผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ส่วนที่ 1  
(ผลประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ)

• ส่วนที่ 2 แสดงผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ โดยระบบจะประมวลผลผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ จากฐานข้อมูลของ Health Data Center (HDC) โดยสามารถเลือกแสดงผลตาม ปีงบประมาณ รอบการประเมิน เขตสุขภาพ และจังหวัด แสดงรายละเอียดดังนี้

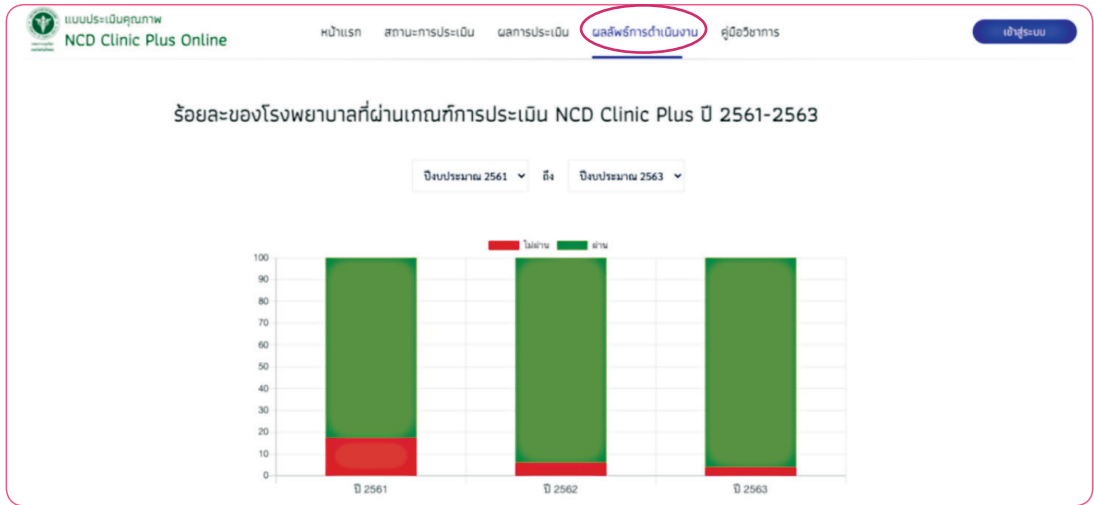
- กราฟแสดงคะแนนประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล
- ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (ส่วนที่ 2) จำแนกตามตัวชี้วัด

สามารถเลือกปีงบประมาณ รอบการประเมิน  
เขตสุขภาพ และจังหวัดได้



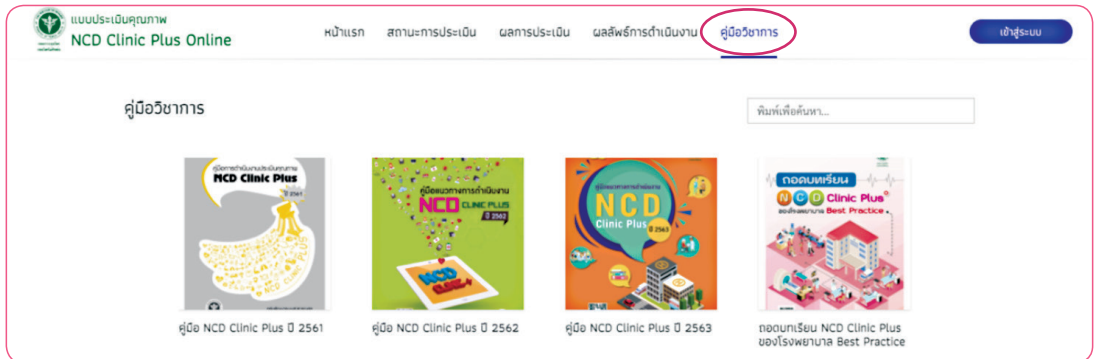
รูปที่ 8 แสดงผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ส่วนที่ 2 (ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ)

4) หน้าผลลัพธ์การดำเนินงาน แสดงกราฟร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus โดยสามารถเลือกแสดงผลเปรียบเทียบตามปีงบประมาณ



รูปที่ 9 แสดงกราฟร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus

5) หน้าคู่มือวิชาการ แสดงคู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เอกสารวิชาการต่างๆ โดยสามารถดาวน์โหลด เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ



รูปที่ 10 แสดงคู่มือวิชาการที่ใช้ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

## 5.3

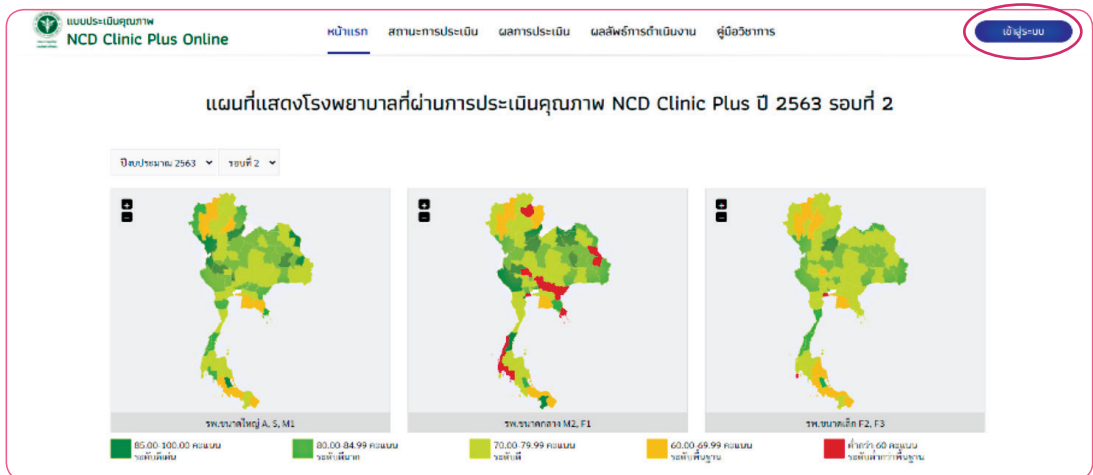
## การลงทะเบียนเข้าใช้แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online



การเข้าใช้งานแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online ของหน่วยงานแต่ละระดับจะต้องลงทะเบียนผู้เข้าใช้งานก่อนจึงจะสามารถ Log in เข้าระบบได้ ซึ่งกำหนดให้หน่วยงานละ 1 User เท่านั้น

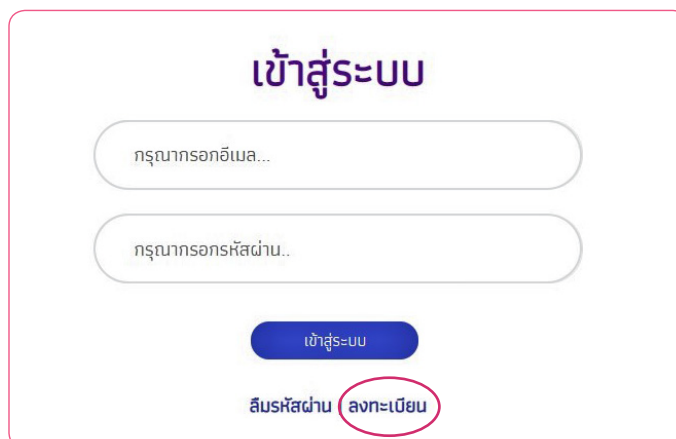
• วิธีการลงทะเบียน

1) เข้าเว็บไซต์ “แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online” จากนั้น คลิกที่เมนู “เข้าสู่ระบบ” (มูมบนขวา) ดังรูปที่ 11



รูปที่ 11 เว็บไซต์แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online

2) คลิกที่เมนู “ลงทะเบียน” ดังรูปที่ 12



รูปที่ 12 การลงทะเบียน

3) กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน โดยใช้ข้อมูลจากฐานผู้รับผิดชอบงาน NCD Clinic ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อีเมล รหัสผ่าน โทรศัพท์ ตำแหน่ง และหน่วยงาน เมื่อกรอกรายละเอียดครบแล้วคลิก “ลงทะเบียน” ดังรูปที่ 13

#### คำแนะนำในการตั้งรหัสผ่าน

- ความยาวอย่างน้อย 8 ตัวอักษร หรือมากกว่านั้น
- ประกอบด้วยตัวอักษรภาษาอังกฤษ (A-Z, a-z) และตัวเลข (0-9)
- โดยตัวแรกต้องเป็นตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่
- ตัวอย่างเช่น Plus1234

ลงทะเบียนเข้าใช้งาน

คำนำหน้าชื่อ  นาย  นาง  นางสาว

ชื่อ

นามสกุล

อีเมล

รหัสผ่าน

โทรศัพท์

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

รูปที่ 13 รายละเอียดการลงทะเบียน

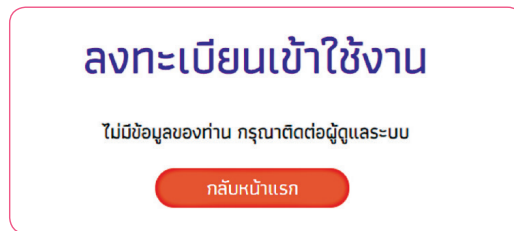
4) หากข้อมูลที่ลงทะเบียนตรงกับฐานข้อมูลผู้รับผิดชอบงาน NCD Clinic ระบบจะแสดง “ท่านลงทะเบียนสำเร็จแล้ว” ดังรูปที่ 14

ลงทะเบียนเข้าใช้งาน

ท่านลงทะเบียนสำเร็จแล้ว

รูปที่ 14 การลงทะเบียนเข้าใช้งานสำเร็จแล้ว

5) หากข้อมูลที่ลงทะเบียนไม่ตรงกับฐานข้อมูลผู้รับผิดชอบงาน NCD Clinic ระบบจะแสดง “ไม่มีข้อมูลของท่าน กรุณาติดต่อผู้ดูแลระบบ” ให้ติดต่อมาที่กองโรคไม่ติดต่อ เพื่อดำเนินการเพิ่มข้อมูลในระบบต่อไป ดังรูปที่ 15



รูปที่ 15 การลงทะเบียนเข้าใช้งานไม่สำเร็จ

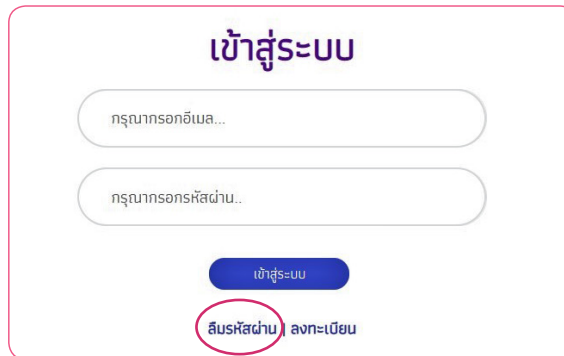
6) จากนั้นคลิกที่เมนู “เข้าสู่ระบบ” โดยกรอกชื่อผู้ใช้งาน (E-mail) และรหัสผ่าน (Password) ที่ลงทะเบียน ดังรูปที่ 16



รูปที่ 16 การลงชื่อเข้าใช้งานในระบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

• กรณีลืมรหัสผ่าน

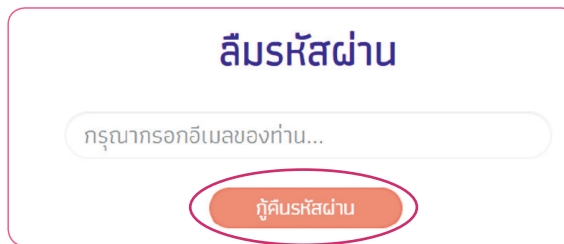
1) คลิกเมนู “ลืมรหัสผ่าน” ดังรูปที่ 17



The screenshot shows a login interface with the title "เข้าสู่ระบบ" (Login). It contains two input fields: "กรุณากรอกอีเมล..." (Please enter email...) and "กรุณากรอกรหัสผ่าน..." (Please enter password...). Below the fields is a blue "เข้าสู่ระบบ" (Login) button. At the bottom, there are two links: "ลืมรหัสผ่าน" (Forgot Password) and "ลงทะเบียน" (Register), with "ลืมรหัสผ่าน" circled in red.

รูปที่ 17 ลืมรหัสผ่าน

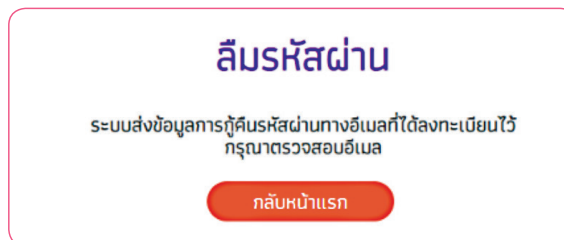
2) ระบบจะนำไปยังหน้า “กู้คืนรหัสผ่าน” จากนั้น กรอก E-mail ที่ทำการลงทะเบียน เสร็จแล้วคลิกที่เมนู “กู้คืนรหัสผ่าน” ดังรูปที่ 18



The screenshot shows a password recovery page with the title "ลืมรหัสผ่าน" (Forgot Password). It features a single input field labeled "กรุณากรอกอีเมลของท่าน..." (Please enter your email...). Below the field is a red "กู้คืนรหัสผ่าน" (Recover Password) button, which is circled in red.

รูปที่ 18 การกู้คืนรหัสผ่าน 1

3) ระบบจะทำการส่ง link ไปยัง E-mail ที่ได้ลงทะเบียน เพื่อตั้งรหัสผ่านใหม่ แล้วนำรหัสผ่านเข้าสู่ระบบอีกครั้ง ดังรูปที่ 19



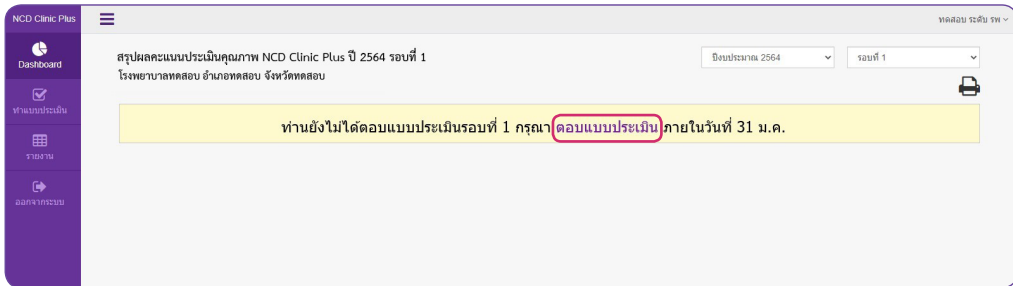
The screenshot shows a password recovery page with the title "ลืมรหัสผ่าน" (Forgot Password). The text reads: "ระบบส่งข้อมูลการกู้คืนรหัสผ่านทางอีเมลที่ได้ลงทะเบียนไว้ กรุณาตรวจสอบอีเมล" (The system will send password recovery information to the email you registered with. Please check your email). Below the text is a red "กลับไปหน้าแรก" (Go Back to Home) button, which is circled in red.

รูปที่ 19 การกู้คืนรหัสผ่าน 2



### 5.4.1 ระดับโรงพยาบาล

1) ลงชื่อใช้งานด้วย ชื่อผู้ใช้งาน (E-mail) และรหัสผ่าน (Password) ระบบจะเข้าสู่ หน้า Dashboard ในระดับโรงพยาบาลเมื่อถึงการประเมินตนเองรอบที่ 1 หน้า Dashboard จะแสดง “ท่านไม่ได้ตอบแบบประเมินรอบที่ 1 กรุณาตอบแบบประเมินภายในวันที่ 31 ม.ค.” ดังรูปที่ 20



รูปที่ 20 หน้า Dashboard ในระดับโรงพยาบาล กรณีการประเมินรอบที่ 1

2) การทำแบบประเมินตนเอง (ส่วนที่ 1) สามารถทำได้ตั้งแต่ วันที่ 1 - 31 มกราคม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- 1) คลิกข้อความ “ตอบแบบประเมิน” ในหน้า Dashboard ดังรูปที่ 20 หรือเลือกเมนู “ทำแบบประเมิน” (แถบเมนูซ้ายมือ) ดังรูปที่ 21
- 2) ทำการประเมินตนเอง (ส่วนที่ 1) โดยใช้หลักการขั้นบันได (Milestone) ตามเกณฑ์ ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้ครบทุกข้อ โดยคลิกเลือกระดับคะแนน ตามหมายเลข 2 ดังรูปที่ 21 เมื่อทำการประเมินแต่ละข้อหน้าจอก็จะแสดงคะแนนตามที่ผู้ประเมินเลือกในคอลัมน์ขั้ว และส่วนบนจะแสดง คะแนนรวมในส่วนที่ 1
- 3) จากนั้นกด “บันทึก” ข้อมูลส่วนที่ 1 หน้าจอปรากฏ pop up “คุณตอบแบบประเมิน สำเร็จแล้ว” ดังรูปที่ 21 และรูปที่ 22

คะแนนที่ได้

คะแนนที่ได้

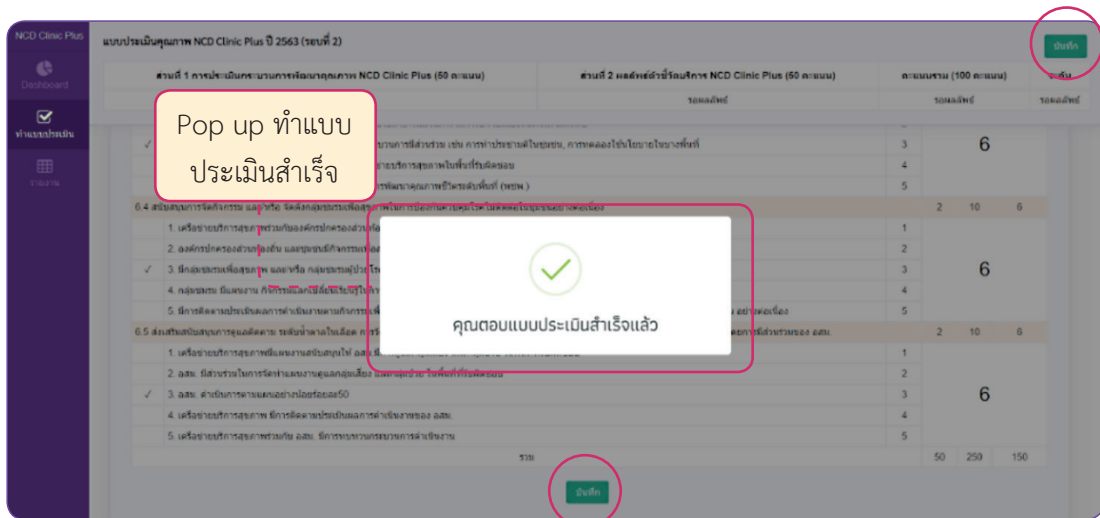
คะแนนที่ได้

คะแนนที่ประเมิน x น้ำหนัก

5

รูปที่ 21 แสดงแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus





รูปที่ 22 แสดงการบันทึกแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

3) การแสดงสถานะการประเมิน เมื่อทำการประเมินตนเองเสร็จแล้ว หน้าจอจะแสดงลำดับขั้นการประเมินตั้งแต่ รพ./CUP ทำและตรวจสอบการประเมิน สสจ.ตรวจสอบการประเมิน และสคร.ตรวจสอบการประเมิน ตามลำดับ โดยที่ลำดับขั้นตอนนี้จะแสดงตามการเปลี่ยนแปลงครั้งล่าสุด ดังรูปที่ 23

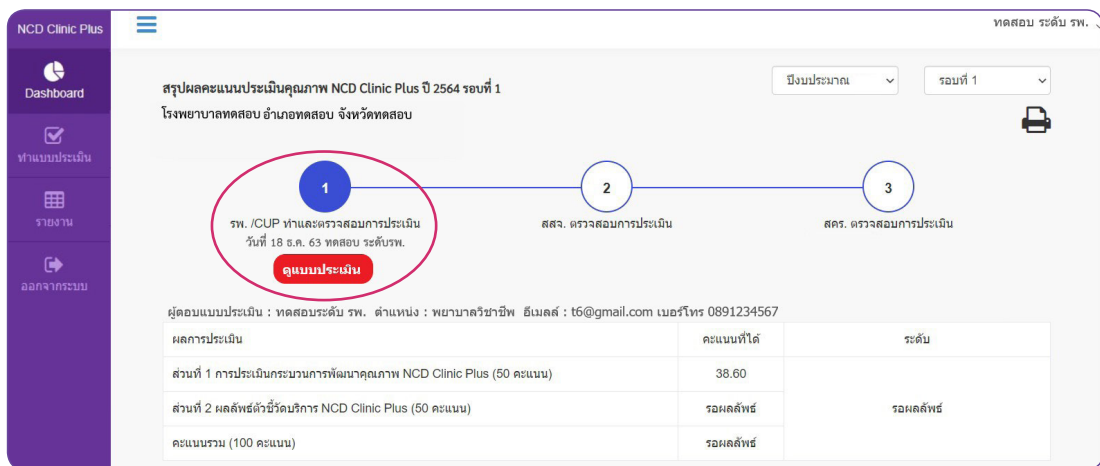
4) การแก้ไขผลการประเมินตนเองส่วนที่ 1 หากต้องการแก้ไขสามารถทำได้ ภายในวันที่ 1 - 31 มกราคม เท่านั้น มีขั้นตอนดังนี้

- คลิกที่เมนู “ดูแบบประเมิน” ระบบจะนำเข้าสู่หน้า “แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” ดังรูปที่ 23
- ดำเนินการแก้ไขตามขั้นที่ 2 จากนั้นกด “บันทึก”

#### หมายเหตุ


โรงพยาบาลไม่สามารถแก้ไขผลการประเมินตนเองได้ มี 2 กรณี ดังนี้

1. พ้นระยะเวลาที่กำหนด
2. ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ (สคร.) ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมิน

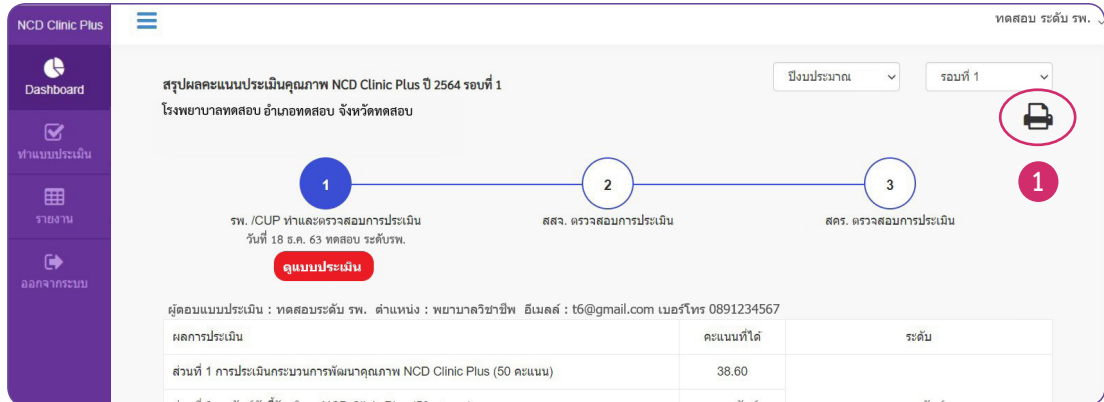


รูปที่ 23 แสดงสถานะการประเมินระดับโรงพยาบาล

## 5) การส่งออกข้อมูล (รายงาน) มีขั้นตอนดังนี้

1) คลิกที่  (มุมบนขวา) ในหน้า Dashboard เพื่อพิมพ์หน้ารายงาน ระบบจะทำการดาวน์โหลดเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มการประเมิน แสดงในรูปแบบที่ 24

2) คลิก “print” แบบประเมิน



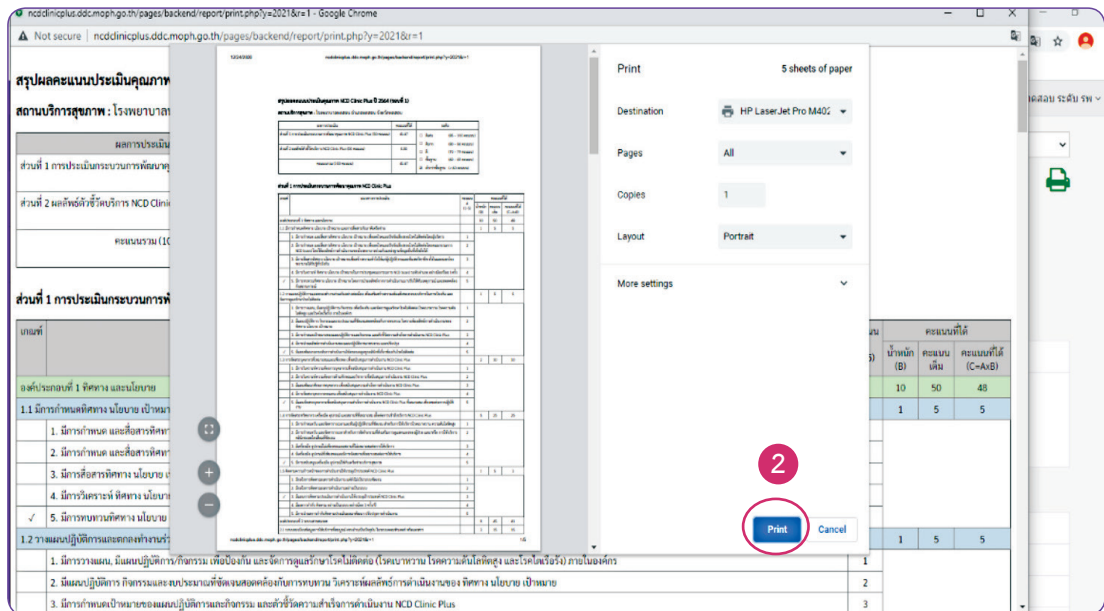
สรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2564 รอบที่ 1  
โรงพยาบาลทดสอบ อำเภอทดสอบ จังหวัดทดสอบ

1 2 3 1

รพ./CUP ทำแบบตรวจสอบการประเมิน วันที่ 18 ธ.ค. 63 ทดสอบ רכזรพ.  
สสจ. ตรวจสอบการประเมิน  
สสร. ตรวจสอบการประเมิน

ผู้ตอบแบบประเมิน : ทดสอบระดับ รพ. ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ อีเมลล์ : t6@gmail.com เบอร์โทร 0891234567

ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)	38.60	



สรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ  
สถานบริการสุขภาพ : โรงพยาบาล

ประเภท	คะแนน
ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ	38.60
ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus	10.00
ส่วนที่ 3 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus	38.60

Print 5 sheets of paper  
Destination: HP LaserJet Pro M402  
Pages: All  
Copies: 1  
Layout: Portrait  
Print Cancel

รูปที่ 24 แสดงการส่งออกข้อมูล

## 5.4.2 ระดับ CUP

1) ลงชื่อเข้าใช้งานด้วย ชื่อผู้ใช้งาน (E-mail) และรหัสผ่าน (Password) ระบบจะเข้าสู่ หน้า Dashboard ระดับ CUP ประกอบด้วย

1 หน้า คະแนนประเมิน แสดงคะแนนรวมผลการประเมิน แยกรายโรงพยาบาล ในระดับอำเภอ

2 หน้า รพ. ที่ประเมินแล้ว/ยังไม่ประเมิน แสดงจำนวนโรงพยาบาล ที่ทำและยังไม่ทำ การประเมิน แยกตามขนาดระดับ CUP

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข	ส่วนที่ 1	ส่วนที่ 2	รวมคะแนน	ผลการประเมิน	สถานะการทำแบบประเมิน
โรงพยาบาลทดสอบ	38.6	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รพ. ทำแบบประเมิน

รูปที่ 25 แสดงหน้า Dashboard ระดับ CUP

2) การตรวจสอบการประเมิน สามารถตรวจสอบผลการประเมินได้ตั้งแต่ วันที่ 1 - 31 มกราคม โดยมีขั้นตอนดังนี้

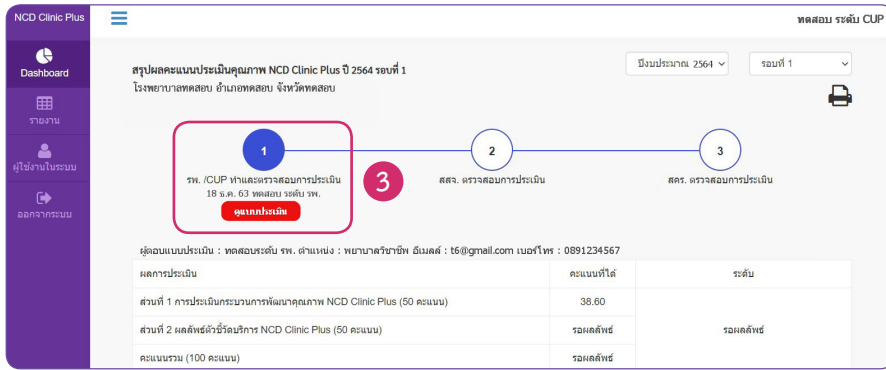
1 เลือกเมนู คະแนนประเมิน ในหน้า Dashboard

2 คลิกเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบผลการประเมินตนเอง

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข	ส่วนที่ 1	ส่วนที่ 2	รวมคะแนน	ผลการประเมิน	สถานะการทำแบบประเมิน
โรงพยาบาลทดสอบ	38.6	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รพ. ทำแบบประเมิน

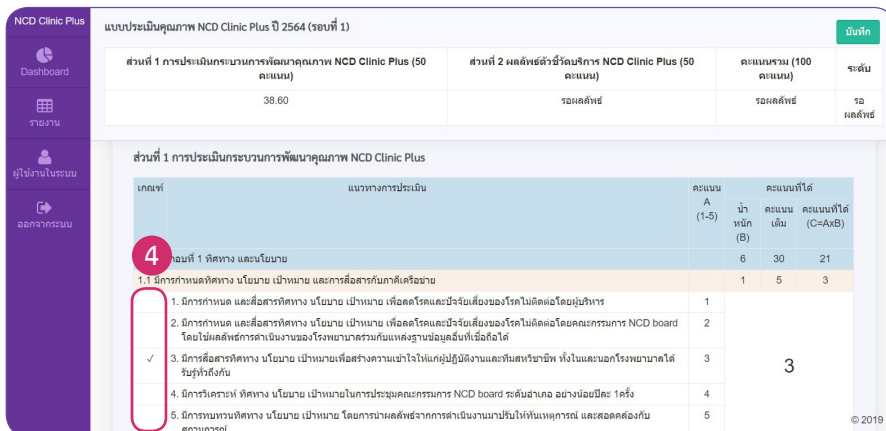
รูปที่ 26 แสดงคะแนนประเมินระดับ CUP

3 จากนั้นระบบจะเข้าสู่หน้า “สรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” ของโรงพยาบาลที่เลือก โดยคลิกที่เมนู “ดูแบบประเมิน”



รูปที่ 27 แสดงสรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบ

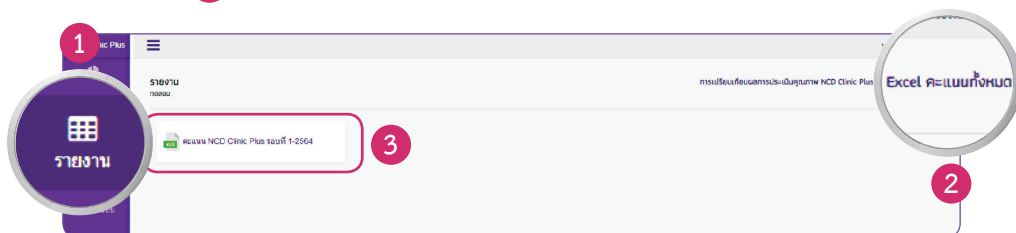
4 ระบบจะเข้าสู่หน้า “แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” ดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขผลการประเมิน จากนั้นกด “บันทึก” ภายในวันที่ 1 - 31 มกราคม เท่านั้น เมื่อพ้นระยะเวลาที่กำหนดแล้ว ระบบจะยืนยันข้อมูลให้อัตโนมัติ หรือกรณีระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมิน เรียบร้อยแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขผลการประเมินได้



รูปที่ 28 แสดงแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบ

3) การส่งออกข้อมูล (รายงาน) มีขั้นตอนดังนี้

- 1) คลิกที่เมนู “รายงาน” (แถบเครื่องมือด้านซ้าย)
- 2) คลิกที่เมนู “excel ทั้งหมด” (ด้านขวามือ)
- 3) เลือกไฟล์ excel ที่ต้องการเพื่อทำการดาวน์โหลด



รูปที่ 29 แสดงรายงานการประเมินตนเองของสถานบริการในระดับ CUP เป็น Excel

### 5.4.3 ระดับจังหวัด

1) การลงชื่อเข้าใช้งาน ด้วยชื่อผู้ใช้งาน (E-mail) และรหัสผ่าน (Password) ระบบจะเข้าสู่หน้า Dashboard ในระดับจังหวัด ประกอบด้วย

1 หน้าคะแนนประเมิน แสดงคะแนนรวมผลการประเมิน แยกรายโรงพยาบาล ในระดับจังหวัด

2 หน้า รพ.ที่ประเมินแล้ว/ยังไม่ประเมิน แสดงจำนวนโรงพยาบาล ที่ทำและยังไม่ทำการประเมินแยกตามขนาดโรงพยาบาล

The screenshot shows the NCD Clinic Plus Dashboard for a provincial level. It features a sidebar with navigation options like 'Dashboard', 'รายงาน', 'ผู้ใช้งานในระบบ', and 'ออกจากระบบ'. The main content area includes a header with the user's name 'ทดสอบ ระดับ สสจ.' and a 'คะแนนประเมิน' section with two buttons: 'คะแนนประเมิน' (1) and 'ร.พ. ที่ประเมินแล้ว/ยังไม่ประเมิน' (2). Below this are filters for 'ปีงบประมาณ 2564', 'รอบที่ 1', and '-เลือกจังหวัด-', along with buttons for 'พิมพ์เพื่อค้นหาโรงพยาบาล' and 'สถานะการทำแบบป'. A table titled 'คะแนนประเมินรวม 2 ส่วน' displays evaluation data for 'โรงพยาบาลทดสอบ'.

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข	ส่วนที่ 1	ส่วนที่ 2	รวมคะแนน	ผลการประเมิน	สถานะการทำแบบประเมิน
โรงพยาบาลทดสอบ	38.6	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รพ./CUP ทำและตรวจสอบการประเมิน

รูปที่ 30 แสดงหน้า Dashboard ระดับจังหวัด

2) การตรวจสอบการประเมิน สามารถตรวจสอบผลการประเมินได้ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม - 14 กุมภาพันธ์ มีขั้นตอนดังนี้

1 เลือกเมนู “คะแนนประเมิน” ในหน้า Dashboard

2 ค้นหา โรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบผลการประเมินตนเอง

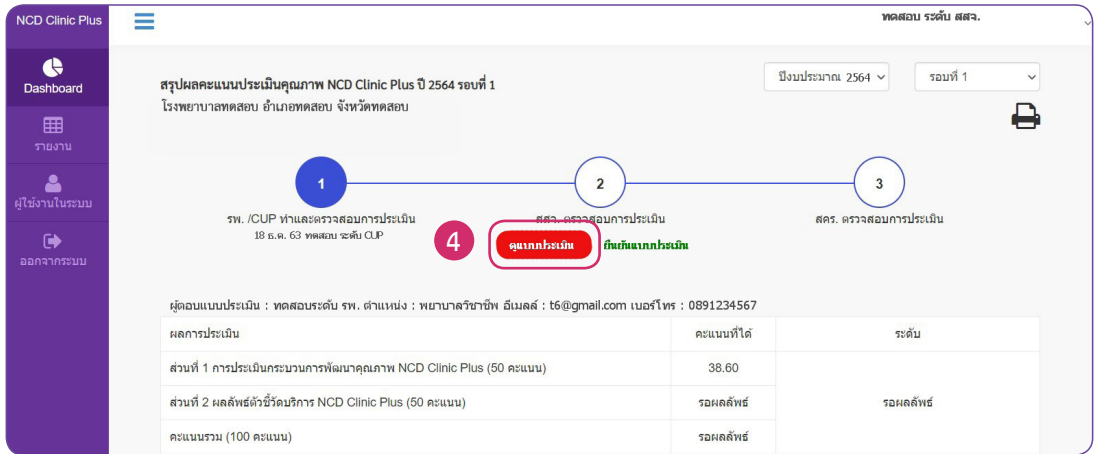
3 คลิกเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบผลการประเมินตนเอง

This screenshot highlights the 'Dashboard' menu in the sidebar (1) and the 'คะแนนประเมิน' button in the header (1). It also shows the search filters for 'ปีงบประมาณ 2564', 'รอบที่ 1', and '-เลือกจังหวัด-' (2). The table below shows the 'โรงพยาบาลทดสอบ' selected in the evaluation list (3).

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข	ส่วนที่ 1	ส่วนที่ 2	รวมคะแนน	ผลการประเมิน	สถานะการทำแบบประเมิน
โรงพยาบาลทดสอบ	38.6	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รพ./CUP ทำและตรวจสอบการประเมิน

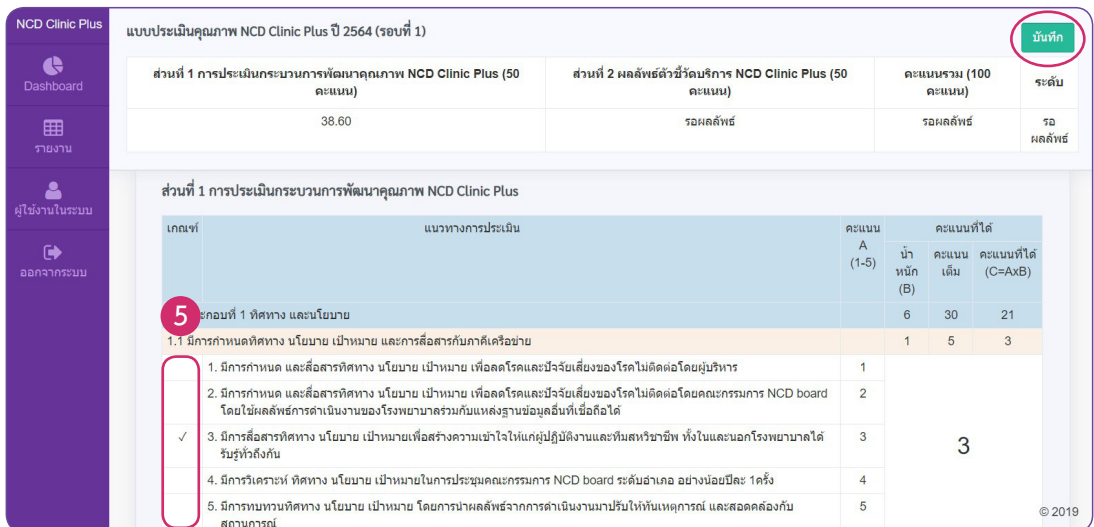
รูปที่ 31 แสดงหน้าคะแนนประเมินสำหรับตรวจสอบการประเมิน

4 จากนั้นระบบจะเข้าสู่หน้า “สรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” ของโรงพยาบาลที่เลือก โดยคลิกที่เมนู “ดูแบบประเมิน”



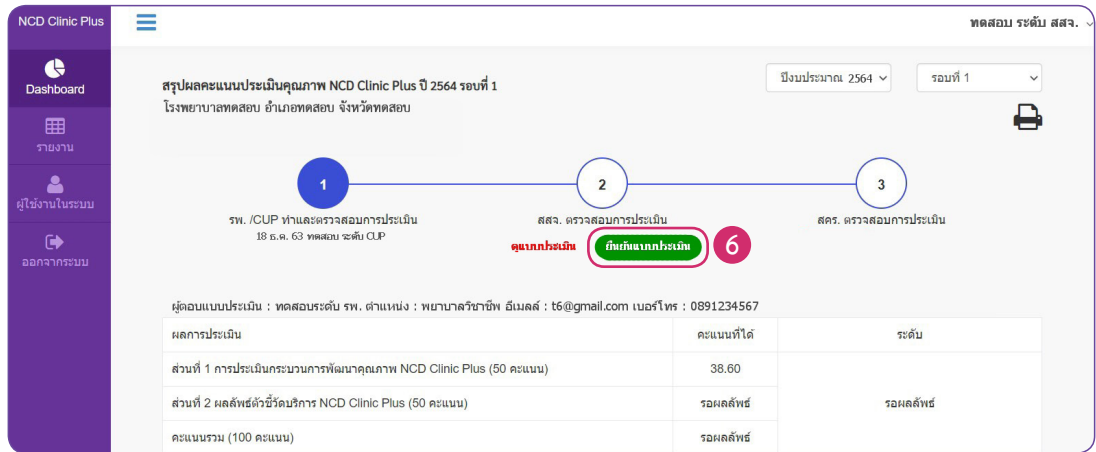
รูปที่ 32 แสดงสรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบ

5 ระบบจะเข้าสู่หน้า “แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” ดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขผลการประเมิน จากนั้นกด “บันทึก” ภายในวันที่ 1 มกราคม - 14 กุมภาพันธ์ เท่านั้น เมื่อพ้นระยะเวลาที่กำหนด ระบบจะยืนยันข้อมูลให้อัตโนมัติ หรือกรณีระดับเขตสุขภาพ ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมิน เรียบร้อยแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขผลการประเมินได้



รูปที่ 33 แสดงแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบ

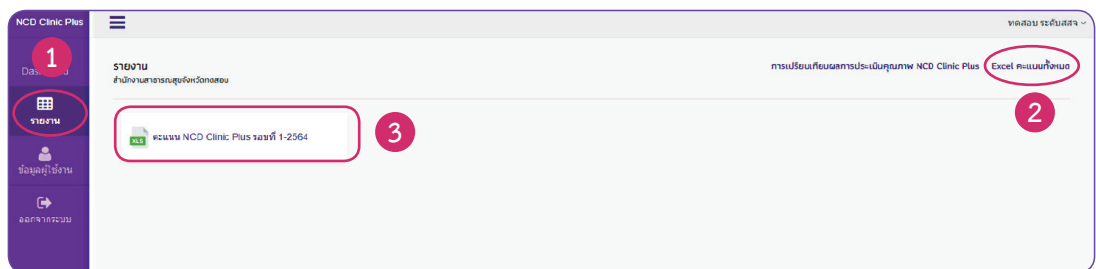
6) กรณี “ยืนยัน” ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาแล้ว ผลการประเมินมีความเหมาะสม เป็นจริงตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้คลิกที่เมนู “ยืนยันแบบประเมิน”



รูปที่ 34 แสดงขั้นตอนการยืนยันแบบประเมิน

3) การส่งออกข้อมูล (รายงาน) มีขั้นตอนดังนี้

- 1) คลิกที่เมนู “รายงาน” (แถบเครื่องมือด้านซ้าย)
- 2) คลิกที่เมนู “excel ทั้งหมด” (ด้านขวามือ)
- 3) เลือกไฟล์ excel ที่ต้องการเพื่อทำการดาวน์โหลด



รูปที่ 35 แสดงรายงานการประเมินตนเองของสถานบริการในระดับจังหวัดเป็น Excel

#### 5.4.4 ระดับเขตสุขภาพ (สคร.)

1) ลงชื่อเข้าใช้งานด้วย ชื่อผู้ใช้งาน (E-mail) และรหัสผ่าน (Password) ระบบจะเข้าสู่ หน้า Dashboard ในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งการแสดงผลในหน้า Dashboard ประกอบด้วย

1 หน้าคะแนนประเมิน แสดงคะแนนรวมผลการประเมิน แยกรายโรงพยาบาล ในระดับเขตสุขภาพ

2 หน้า รพ.ที่ประเมินแล้ว/ยังไม่ประเมิน แสดงจำนวนโรงพยาบาล ที่ทำและยังไม่ทำ การประเมินแยกตามขนาดโรงพยาบาล

The screenshot shows the NCD Clinic Plus Dashboard. At the top right, there is a user profile section with a red circle '1' around the 'คะแนนประเมิน' (Evaluation Score) and 'ร.พ. ที่ประเมินแล้ว/ยังไม่ประเมิน' (Hospitals evaluated/not evaluated) buttons. Below this is a filter section with a red circle '2' around the 'สถานที่ทำแบบประเมิน' (Evaluation location) dropdown. The main content area is titled 'คะแนนประเมินรวม 2 ส่วน' (Total evaluation score in 2 parts) and contains a table with the following data:

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข	ส่วนที่ 1	ส่วนที่ 2	รวมคะแนน	ผลการประเมิน	สถานะการทำแบบประเมิน
โรงพยาบาลทตสอม	38.6	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	รอผลสิทธิ์	สสจ. ตรวจสอบการประเมิน

รูปที่ 36 แสดงหน้า Dashboard ระดับสคร.

2) การตรวจสอบการประเมิน สามารถตรวจสอบผลการประเมินได้ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม - 28 กุมภาพันธ์ มีขั้นตอนดังนี้

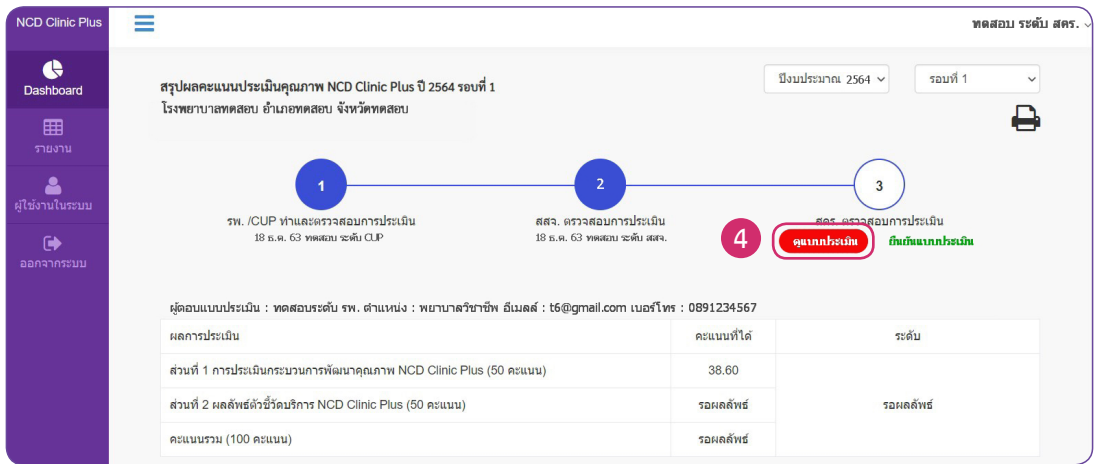
- 1 เลือกเมนู “คะแนนประเมิน” ในหน้า Dashboard
- 2 ค้นหา โรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบผลการประเมินตนเอง
- 3 คลิกเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบผลการประเมินตนเอง

The screenshot shows the NCD Clinic Plus Dashboard with annotations. A red circle '1' is around the 'คะแนนประเมิน' button in the top right. A red circle '2' is around the 'สถานที่ทำแบบประเมิน' dropdown in the filter section. A red circle '3' is around the 'โรงพยาบาลทตสอม' row in the table below.

รูปที่ 37 แสดงหน้าคะแนนประเมินสำหรับตรวจสอบการประเมิน

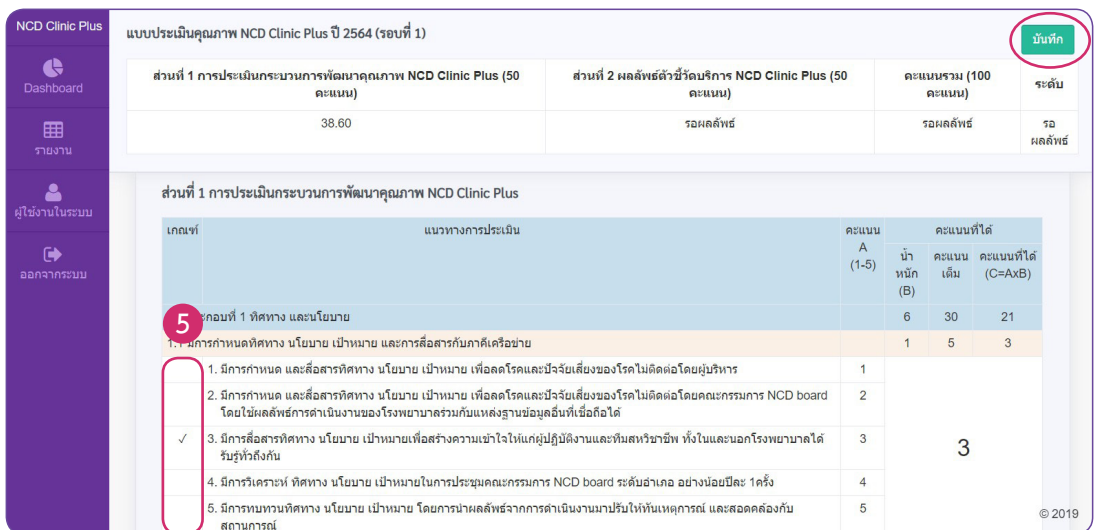


4 จากนั้นระบบจะเข้าสู่หน้า “สรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” ของโรงพยาบาลที่เลือก โดยคลิกที่เมนู “ดูแบบประเมิน”



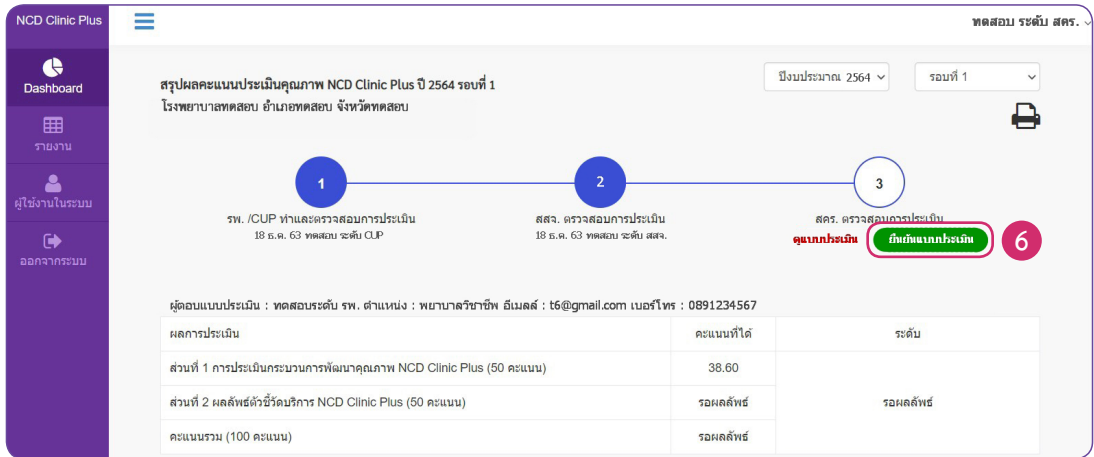
รูปที่ 38 แสดงสรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบ

5 ระบบจะเข้าสู่หน้า “แบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus” ดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขผลการประเมิน จากนั้นกด “บันทึก” ภายใน 1 มกราคม - 28 กุมภาพันธ์ เท่านั้น เมื่อพ้นระยะเวลาที่กำหนดระบบจะยืนยันข้อมูลให้อัตโนมัติ โดยที่ไม่สามารถกลับไปแก้ไขผลการประเมินได้



รูปที่ 39 แสดงแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลที่ต้องการตรวจสอบ

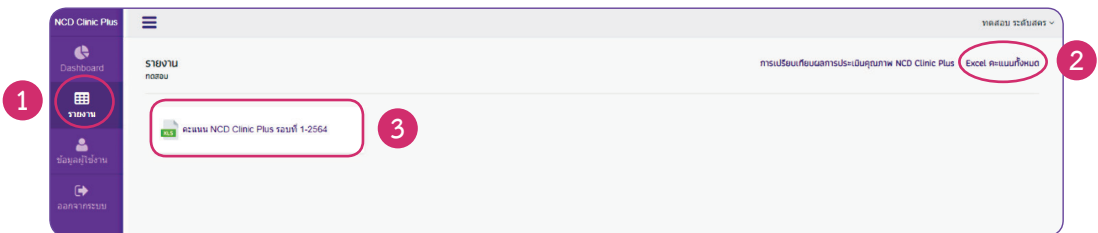
6) กรณี “ยืนยัน” ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาแล้วผลการประเมินมีความเหมาะสม เป็นจริงตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้กดคลิกที่เมนู “ยืนยันแบบประเมิน”



รูปที่ 40 แสดงขั้นตอนการยืนยันแบบประเมิน

### 3) การส่งออกข้อมูล (รายงาน)

- 1) คลิกที่เมนู “รายงาน” (แถบเครื่องมือด้านซ้าย)
- 2) คลิกที่เมนู “excel ทั้งหมด” (ด้านขวามือ)
- 3) เลือกไฟล์ excel ที่ต้องการเพื่อทำการดาวน์โหลด



รูปที่ 41 แสดงรายงานการประเมินตนเองของสถานบริการในระดับเขตสุขภาพเป็น Excel

# ภาคผนวก



คำสั่งกรมควบคุมโรค  
ที่ ๒๓๐ /๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus ออนไลน์

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลไกสำคัญคือ การดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดยเป็นการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus แบ่งการประเมินเป็น ๒ รอบต่อปีงบประมาณ โดยรอบที่ ๑ (ต.ค. - มี.ค.) และรอบที่ ๒ (เม.ย. - ก.ย.) โดยรายละเอียดการประเมินทั้ง ๒ รอบประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการ ๖ องค์ประกอบ มีจำนวนเกณฑ์ประเมิน ๒๕ ข้อย่อย ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดบริการ จำนวน ๑๒ ตัวชี้วัด ซึ่งจะต้องใช้สูตรคำนวณคะแนนแต่ละตัวชี้วัดทำให้มีโอกาสที่จะคำนวณคะแนนประเมินผิดพลาด นอกจากนี้การติดตามและรวบรวมผลการประเมินซึ่งโรงพยาบาล จะต้องส่งผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวม เพื่อรายงานผลแก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรครวบรวมเป็นภาพเขต และรายงานให้กองโรคไม่ติดต่อรวบรวมเป็นภาพประเทศต่อไป ทำให้ต้องใช้เวลาการรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

กรมควบคุมโรค จึงจัดทำรูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus ออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและลดระยะเวลาการรวบรวมผลการประเมินตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล โดยให้สามารถบันทึกผลการประเมินผ่านช่องทางออนไลน์ และแสดงผลประเมินของโรงพยาบาลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในภาพจังหวัด เขต และประเทศได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ และมีประสิทธิภาพ กรมควบคุมโรคจึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus ออนไลน์ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

๑. นางศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ประธานคณะทำงาน  
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
๒. นางจรีพร คงประเสริฐ รองประธานคณะทำงาน  
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
๓. นายไพบูลย์ สิงห์คำ คณะทำงาน  
ศูนย์นวัตกรรมด้านสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค  
กรมควบคุมโรค
๔. นายวสันต์ สายทอง คณะทำงาน  
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๕. นางสาวนศกรณ์ สมหมาย คณะทำงาน  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี  
กรมควบคุมโรค

๖. นาย...

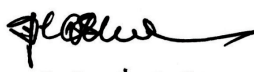
๖. นายสฤตย์ กุคำอู สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๗. นายไพฑูริย์ ไวกยี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๘. นางสาวคุณกัญญ์ศศิ พิมพพันธ์ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๙. นางสาวนัชชรา ศรีสวัสดิ์ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑๐. นางสาวประภัสรา บุญทวี กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑๑. นางสาวณัฐฉิรวรรณ พันธมุง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงานและ เลขานุการ
๑๒. นางสาวหทัยชนก ไชยวรรณ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓. นางสาวธำปณี ชูเชิด กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นางสาวสุภาพร พรหมจีน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๕. นางสาวพนิดา เจริญกรุง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. กำหนดกรอบข้อมูลสำคัญและรายละเอียดแบบประเมิน NCD Clinic Plus ออนไลน์
๒. ให้ข้อคิดเห็น พิจารณาจัดจ้างผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนารูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus ออนไลน์ ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัย
๓. ติดตามประเมินผล และสรุปผลพัฒนาแบบประเมิน NCD Clinic Plus ออนไลน์
๔. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)  
อธิบดีกรมควบคุมโรค



คำสั่งกรมควบคุมโรค  
ที่ ๒๑๐๕ /๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๔

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๔ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กรมควบคุมโรค จึงขอแต่งตั้งคณะที่ปรึกษา และคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๔ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ คณะที่ปรึกษา

- ๑.๑.๑ นายขจรศักดิ์ แก้วจรัส  
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
- ๑.๑.๒ ศาสตราจารย์เกียรติคุณวรรณิ นิธิยานันท์  
นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ
- ๑.๑.๓ นายวุฒิเดช โอภาสเจริญสุข  
ประธานวิชาการสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
- ๑.๑.๔ นายสมเกียรติ โพธิ์สัตย์  
กรรมการและเลขานุการ ฝ่ายการป้องกันโรคไต  
สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

๑.๒ คณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๔

- ๑.๒.๑ นางศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ประธาน  
ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ
- ๑.๒.๒ นางจุรีพร คงประเสริฐ รองประธาน  
รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ
- ๑.๒.๓ รองศาสตราจารย์เพชร รอดอารีย์ คณะทำงาน  
เลขาธิการสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ
- ๑.๒.๔ รองศาสตราจารย์ศิริอร สินธุ คณะทำงาน  
อุปนายกสภาการพยาบาล คนที่หนึ่ง

๑.๒.๕. ผู้ช่วย....

๑.๒.๕	ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลลา ตันตโยทัย ผู้ช่วยเลขาธิการสภาการพยาบาล	คณะทำงาน
๑.๒.๖	ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรางคณา พิชัยวงศ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สาขาโรคไต โรงพยาบาลราชวิถี	คณะทำงาน
๑.๒.๗	นายวสันต์ สายทอง รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑.๒.๘	นายไพบุลย์ ไวกยี่ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
๑.๒.๙	นางสาวจิตร์รัตน์ ปองทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๑.๒.๑๐	นางสุประวีณ์ ปภาดากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก	คณะทำงาน
๑.๒.๑๑	นางสาวศิริพัทธ์ร์ มัชวาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์	คณะทำงาน
๑.๒.๑๒	นางสาวกมลวรรณ คุ้มวงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี	คณะทำงาน
๑.๒.๑๓	นางสาวนฤมล ฉ่ำปึก นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี	คณะทำงาน
๑.๒.๑๔	นางสาวจรรยา ภูักลิ้น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี	คณะทำงาน
๑.๒.๑๕	นางสาวปวียานงค์ ดงหงส์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น	คณะทำงาน
๑.๒.๑๖	นางเนือทิพย์ หมุ่มมาก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี	คณะทำงาน

๑.๒.๑๗ นาง....

๑.๒.๑๗	นางมาฆมาศ สุวิชาเชิดชู พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน
๑.๒.๑๘	นางสาวจตุพร ผลเกิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๑.๒.๑๙	นางสาววลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช	คณะทำงาน
๑.๒.๒๐	นางสาวพัชนี นัครา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๑.๒.๒๑	นางสาวณัฐฉิรธรรม พันธมุง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๒.๒๒	นางสาวหทัยชนก ไชยวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๒๓	นางสาวชนิษฐา ศรีสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๒๔	นางสาวประภัสรา บุญทวี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๒๕	นางสาวพนิดา เจริญกรุง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๒๖	นายวสันต์ ทองไม้ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒.๒๗	นางสาวจิราภา อิมณี นักวิชาการสาธารณสุข กองโรคไม่ติดต่อ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

## ๒. มีหน้าที่ ดังนี้

๒.๑ กำหนดกรอบและแนวทางการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคุณภาพดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๔ ที่ตอบสนองต่อการป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่เข้ามารับบริการ

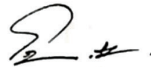
๒.๒ กำกับ....

๒.๒ กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๔ เพื่อให้ผลการดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์

๒.๓ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

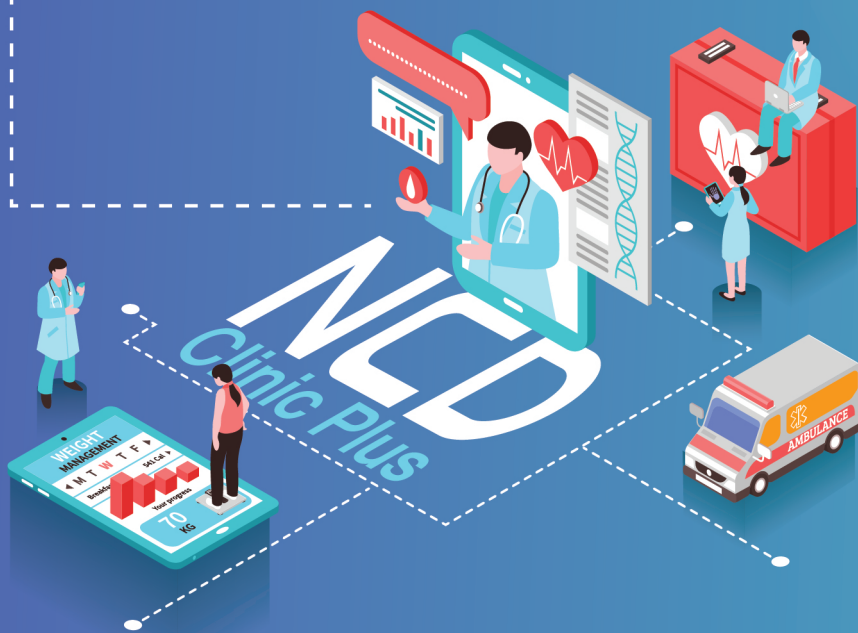
สั่ง ณ วันที่ ๒๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายโอภาส การย์กวินพงศ์)  
อธิบดีกรมควบคุมโรค



บูรณาการ  
พัฒนาระบบ  
เชื่อมโยงชุมชน  
ประชาชนสุขภาพดี  
เจ้าหน้าที่มีความสุข



กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค