

ตัวชี้วัดที่ 29	<p>ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>29.1 ประชาชนอายุ 15-34 ปีได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>29.2 ประชาชนอายุ 35-59 ปีได้รับการคัดกรองเบาหวาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>29.3 ประชาชนอายุ 35-59 ปีได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p>
คำนิยาม	<p>กลุ่มประชาชนอายุ 15-34 ปี</p> <p>การคัดกรองเบาหวานตามเกณฑ์ หมายถึง การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปจากปัจจัยเสี่ยง 4 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชายหรือ ≥ 80 ซม.ในผู้หญิง และ/หรือดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) 2. มีประวัติ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน 3. มีความดันโลหิตสูง (BP $\geq 140/90$ มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 4. มีรอยพับรอบคอหรือใต้รักแร้ดำ <p>การคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึงการตรวจวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน</p> <p>กลุ่มประชาชนอายุ 35-59 ปี</p> <p>การคัดกรองเบาหวานตามเกณฑ์ หมายถึง การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปจากปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม.ในผู้หญิงและ/หรือดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.²) 2. มีประวัติ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน 3. มีความดันโลหิตสูง (BP $\geq 140/90$ มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 4. มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์ ≥ 250 มก./ดล และ/หรือ เอส ดี แอล คอลเลสเตอรอล < 35 มก./ดล. 5. ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG/FCG) = 100-125 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง(OGTT) =140-199 มก./ดล.) 6. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม <p>การคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึงการตรวจวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน</p> <p>- หลังการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต แจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15-59 ปี
วิธีการจัดเก็บ	จากรายงาน 43 แห่ง

แหล่งข้อมูล	รพสต./CUP/รพ./สสจ.												
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนประชาชนไทยอายุ 15 - 34ปี ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง - ให้นับข้อมูล ผู้ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วยวาจาแล้วพบว่ามีความเสี่ยงน้อยกว่า 3 ข้อจึงไม่ได้รับการตรวจเลือดด้วย												
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนประชาชนไทยอายุ 35 - 59 ปี ที่ไม่รู้ว่าเบาหวาน ได้รับการคัดกรองฯ - ให้นับข้อมูล รวม ผู้ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วยวาจาแล้วพบว่าไม่มีความเสี่ยงจึงไม่ได้รับการตรวจเลือดด้วย												
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนประชาชนไทยอายุ 35 - 59 ปี ที่ไม่รู้ว่าโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน												
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนประชาชนไทยอายุ 15 - 34 ปีทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี)												
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนประชาชนไทยอายุ 35 - 59 ปี ที่ไม่รู้ว่าโรคเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี)												
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชาชนไทยอายุ 35 - 59 ปี ที่ไม่รู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี)												
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด1	รหัส ตัวชี้วัด 29.1 = $A1 / B1 \times 100$ ตัวชี้วัด 29.2 = $A2 / B2 \times 100$ ตัวชี้วัด 29.3 = $A3 / B3 \times 100$												
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด2	เกณฑ์การให้คะแนน -ให้แยกรายตัวชี้วัด ไม่นำมารวมกัน <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ผลงาน(ร้อยละ)</td> <td>80</td> <td>82.5</td> <td>85</td> <td>87.5</td> <td>90</td> </tr> </table> ผ่านเกณฑ์ = ระดับ 3 ขึ้นไป	คะแนน	1	2	3	4	5	ผลงาน(ร้อยละ)	80	82.5	85	87.5	90
คะแนน	1	2	3	4	5								
ผลงาน(ร้อยละ)	80	82.5	85	87.5	90								
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	รพสต./CUP/รพ.												
วิธีการรายงาน/ ความถี่ในการ รายงาน	จากรายงาน 43 แฟ้ม / ทุก 3 เดือน												
หน่วยงานที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
หน่วยงาน รับผิดชอบ	กรมควบคุมโรค												
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน	ผู้ประสานงาน 1. แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ												

	<p>โทร. 02 590 3985</p> <p>2. ดร.ศิริลักษณ์ จิตต์ระเปียบ</p> <p>สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค</p> <p>โทร. 02 590 3987</p>
หน่วยงานนำเข้า	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)
หน่วยงานนำเข้า ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์/	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)
หน่วยงานนำเข้า ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์/	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
การนำข้อมูลไป ใช้ประโยชน์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประกอบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM&HT) 2. แจ้งข้อมูลความเสี่ยง และสร้างการรับรู้ต่อประชาชน

ตัวชี้วัดที่ 37	ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90					
คำนิยาม	การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตตามเกณฑ์ หมายถึง การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose /Fasting capillary glucose) และวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป)					
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	จากรายงาน 43 แห่ง					
แหล่งข้อมูล	รพสต./CUP/รพ./สสจ.					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป) ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose /Fasting capillary glucose) และวัดความดันโลหิต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ให้นับรวมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิตเป็นประจำอยู่แล้ว					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด1	รหัส = $\frac{A}{B} \times 100$					
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด2	เกณฑ์การให้คะแนน					
	คะแนน	1	2	3	4	5
	ผลงาน(ร้อยละ)	85	87.5	90	92.5	95
	ผ่านเกณฑ์ = ระดับ 3 ขึ้นไป					
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	รพสต./CUP/รพ.					

วิธีการรายงาน/ ความถี่ในการ รายงาน	จากรายงาน 43 แพ้ม / ทุก 3 เดือน
หน่วยงานที่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
หน่วยงาน รับผิดชอบ	กรมควบคุมโรค
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน จัดทำรายงาน ตัวชี้วัด	<u>ผู้ประสานงาน</u> 1. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ โทร. 02 590 3985 2. ดร.ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบียบ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทร. 02 590 3987
หน่วยงานนำเข้า	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)
หน่วยงานนำเข้า ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์/	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)
หน่วยงานนำเข้า ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์/	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
การนำข้อมูลไป ใช้ประโยชน์	1. ประกอบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM&HT) 2. แจ้งข้อมูลความเสี่ยง และสร้างการรับรู้ต่อประชาชน

ตัวชี้วัดที่ 44	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
คำนิยาม	<p>คลินิก NCD คุณภาพ หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุม ความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ ตามเกณฑ์ 6 กระบวนการหลักได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีทิศทางและนโยบาย 2. มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ 3. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 4. มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5. มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 6. มีระบบสารสนเทศ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากร	รพศ. รพท. รพช.

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รพศ. รพท. รพช. ประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง แต่ไม่ต้องนำส่งส่วนกลางหรือสำนักตรวจราชการ 2. การสุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพปีละ 1 ครั้งโดยสคร.และทีมงานจากส่วนกลาง												
แหล่งข้อมูล	รพศ. รพท. รพช./สคร./สำนักโรคไม่ติดต่อ												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่มีคลินิก NCD คุณภาพ (ผ่านเกณฑ์ของทุกระบวนการหลัก)												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.) ทั้งหมดที่สุ่มประเมิน												
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 1	รหัส = $\frac{A}{B} \times 100$												
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 2	เกณฑ์การให้คะแนน <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ผลงาน(ร้อยละ)</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> </tr> </table> ผ่านเกณฑ์ = ระดับ 3 ขึ้นไป	คะแนน	1	2	3	4	5	ผลงาน(ร้อยละ)	50	55	60	65	70
คะแนน	1	2	3	4	5								
ผลงาน(ร้อยละ)	50	55	60	65	70								
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล													
วิธีการรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	ปีละ 1 ครั้ง												
หน่วยงานที่													
หน่วยงานรับผิดชอบ	กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กรมสุขภาพจิต												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานจัดทำรายงานตัวชี้วัด	ผู้ประสานงาน 1. แพทย์หญิงจรีพร คงประเสริฐ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทร. 02 590 3985 2. แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ กรมสุขภาพจิต โทร. 02 149 5533 3. นางรัชนิบูลย์ อุดมชัยรัตน์ กรมการแพทย์ โทร. 02 590 6393 4. นางเมตตา คำพิบูลย์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทร. 02 590 3987 5. นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค												

	โทร. 02 590 3974 6. นางสาวนิพา ศรีช้าง สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โทร. 02 590 1238
หน่วยงาน	
หน่วยงาน ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์/	สำนักป้องกันและควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
หน่วยงาน ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์/	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
การนำข้อมูลไป ใช้ประโยชน์	1. เพิ่มคุณภาพของการบริหารจัดการ การดำเนินงานทางคลินิกโรคเรื้อรัง 2. ประกอบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคเรื้อรัง

เกณฑ์ของกระบวนการหลัก

กระบวนการ	เกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
1.มีทิศทาง และนโยบาย	1.1 มีการระบุวิสัยทัศน์ และเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นของการให้บริการโรคเรื้อรัง 4 โรคหลัก เน้นป้องกันและจัดการอย่างมีระบบ อย่างมีประสิทธิภาพ	2/4
	1.2 วางแผน และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกันและจัดการดูแลโรคเรื้อรัง	
	1.3 สื่อสารทิศทางและนโยบายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ	
	1.4 ทบทวนความก้าวหน้าและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์	
2.มีการปรับ	2.1 ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่และกลุ่มเสี่ยงสูงที่ส่งต่อจากเครือข่าย	4/6
	2.2 มีการประเมิน ระยะของโรค ความเสี่ยงและปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ	

กระบวนการหลัก	เกณฑ์	ผ่านเกณฑ์ (ข้อ)																																								
	<p>2.3 ให้การบริการป้องกัน ควบคุมโรค สอดคล้องกับระยะของโรค (กิจกรรม**)</p> <table border="1" data-bbox="363 389 1378 1615"> <thead> <tr> <th data-bbox="363 389 847 481">**กิจกรรม</th> <th data-bbox="847 389 1018 481">ผู้ป่วยใหม่และกลุ่มเสี่ยงสูง</th> <th data-bbox="1018 389 1189 481">ผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน</th> <th data-bbox="1189 389 1378 481">ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="363 481 847 629">1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วม เพื่อการส่งต่อ คลินิกปรับเปลี่ยนและจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง-ลดโรค</td> <td data-bbox="847 481 1018 629"></td> <td data-bbox="1018 481 1189 629"></td> <td data-bbox="1189 481 1378 629"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 629 847 777">2. สื่อสารข้อมูล สัญญาณเตือน/อาการที่ต้องมารพ.โดยด่วน รวมทั้งโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง</td> <td data-bbox="847 629 1018 777"></td> <td data-bbox="1018 629 1189 777"></td> <td data-bbox="1189 629 1378 777"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 777 847 972">3. ดูแล ป้องกัน และจัดการโรคตามเป้าหมาย ผลลัพธ์/เป้าหมายการบริการ แนวทางปฏิบัติ และแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้น</td> <td data-bbox="847 777 1018 972"></td> <td data-bbox="1018 777 1189 972"></td> <td data-bbox="1189 777 1378 972"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 972 847 1120">4. ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง ลดโรคและโรคร่วม</td> <td data-bbox="847 972 1018 1120"></td> <td data-bbox="1018 972 1189 1120"></td> <td data-bbox="1189 972 1378 1120"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 1120 847 1218">5. สอนทักษะการดูแลและการจัดการตนเอง และกระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง</td> <td data-bbox="847 1120 1018 1218"></td> <td data-bbox="1018 1120 1189 1218"></td> <td data-bbox="1189 1120 1378 1218"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 1218 847 1317">6. ค้นหา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน</td> <td data-bbox="847 1218 1018 1317"></td> <td data-bbox="1018 1218 1189 1317"></td> <td data-bbox="1189 1218 1378 1317"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 1317 847 1415">7. ให้การดูแลรักษา/ส่งต่อเพื่อการรักษาตามมาตรฐานเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน</td> <td data-bbox="847 1317 1018 1415"></td> <td data-bbox="1018 1317 1189 1415"></td> <td data-bbox="1189 1317 1378 1415"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 1415 847 1514">8. กำหนด case และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ</td> <td data-bbox="847 1415 1018 1514"></td> <td data-bbox="1018 1415 1189 1514"></td> <td data-bbox="1189 1415 1378 1514"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 1514 847 1615">9. กิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ</td> <td data-bbox="847 1514 1018 1615"></td> <td data-bbox="1018 1514 1189 1615"></td> <td data-bbox="1189 1514 1378 1615"></td> </tr> </tbody> </table> <p>2.4 มีผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง (DM / HT Case Manager/Coordinator) ในการบริหารจัดการ บริการดูแลในภาพรวมเชื่อมโยงมุ่งเน้นคุณภาพผลลัพธ์โดยผู้มารับบริการทั้งกลุ่มโรคและกลุ่มเสี่ยงสูงมากเป็นศูนย์กลางและมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตและสังคม</p> <p>2.5 มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคเรื้อรังของสถานบริการและเชื่อมโยงไปชุมชน</p> <p>2.6 มีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง</p>	**กิจกรรม	ผู้ป่วยใหม่และกลุ่มเสี่ยงสูง	ผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน	1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วม เพื่อการส่งต่อ คลินิกปรับเปลี่ยนและจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง-ลดโรค				2. สื่อสารข้อมูล สัญญาณเตือน/อาการที่ต้องมารพ.โดยด่วน รวมทั้งโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง				3. ดูแล ป้องกัน และจัดการโรคตามเป้าหมาย ผลลัพธ์/เป้าหมายการบริการ แนวทางปฏิบัติ และแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้น				4. ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง ลดโรคและโรคร่วม				5. สอนทักษะการดูแลและการจัดการตนเอง และกระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง				6. ค้นหา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน				7. ให้การดูแลรักษา/ส่งต่อเพื่อการรักษาตามมาตรฐานเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน				8. กำหนด case และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ				9. กิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ				
**กิจกรรม	ผู้ป่วยใหม่และกลุ่มเสี่ยงสูง	ผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน	ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน																																							
1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วม เพื่อการส่งต่อ คลินิกปรับเปลี่ยนและจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยง-ลดโรค																																										
2. สื่อสารข้อมูล สัญญาณเตือน/อาการที่ต้องมารพ.โดยด่วน รวมทั้งโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง																																										
3. ดูแล ป้องกัน และจัดการโรคตามเป้าหมาย ผลลัพธ์/เป้าหมายการบริการ แนวทางปฏิบัติ และแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้น																																										
4. ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง ลดโรคและโรคร่วม																																										
5. สอนทักษะการดูแลและการจัดการตนเอง และกระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง																																										
6. ค้นหา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน																																										
7. ให้การดูแลรักษา/ส่งต่อเพื่อการรักษาตามมาตรฐานเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน																																										
8. กำหนด case และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ																																										
9. กิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ																																										
3. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	<p>3.1 มีการสื่อสาร และเสริมทักษะให้ชุมชนสามารถจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนได้</p> <p>3.2 สนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงและ</p>	3/5																																								

กระบวนการหลัก	เกณฑ์	ผ่านเกณฑ์ (ข้อ)
	3.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน	
	3.4 ส่งเสริม สนับสนุนการดูแล ติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือดและ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.	
	3.5 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน	
4. มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	4.1 จัดระบบเพื่อให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งในการจัดระบบเตือนหรือการติดตามเยี่ยมบ้าน	3/4
	4.2 คืบข้อมูลแก่ผู้รับบริการ/บุคคลในครอบครัว เพื่อการตัดสินใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวันเป้าหมายเพื่อการปรับตัว การเปลี่ยนแปลง และการดำรงพฤติกรรมเพื่อการป้องกัน รักษาและฟื้นฟู	
	4.3 แนะนำการใช้ยา และเสริมสร้างพลัง/ความสามารถการจัดการตนเอง รวมทั้ง การจัดการอารมณ์ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเป็นโรคเรื้อรัง	
	4.4 กลุ่ม/ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเอง	
5. มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	5.1 มีเป้าหมายผลลัพธ์/เป้าหมายการบริการ แนวทางปฏิบัติและแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการ ที่จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศเพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนการตัดสินใจให้บริการ	2/3
	5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้เชี่ยวชาญ/สถานบริการที่มีประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการคลินิก/สถานบริการในเครือข่าย	
	5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค	
6. มีระบบสารสนเทศ	6.1 มีระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ข้อมูลการให้บริการ ที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน ควบคุมโรค ที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และอาจจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์	2/3
	6.2 มีระบบสารสนเทศและข้อมูลที่เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับ data center ของจังหวัด	
	6.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุม รักษา ดูแลและออกแบบบริการสุขภาพทั้งในรายบุคคลและกลุ่มประชากรในพื้นที่	