|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด**  **(29.1-29.3)** | **29 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90**  **29.1 ประชาชนอายุ 15-34 ปีได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90** |
| คำนิยาม | หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มอายุ 15-34 ปี  การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปต้องได้รับการตรวจเลือด เกณฑ์การคัดกรองมีดังต่อไปนี้   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 > 140/90 มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 4. มีรอยพับรอบคอหรือใต้รักแร้ดำ   การคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึงการตรวจวัดความดันโลหิตตามมาตรฐาน |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ร้อยละ 90 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนอายุ 15-34 ปี |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมขรงพยาบาล |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนประชาชนไทยอายุ 15 - 34ปี ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง |
| รายการข้อมูล 2 | B= จำนวนประชาชนไทยอายุ 15 - 34 ปีทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุก 3 เดือน โดยทีมผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข , กรมควบคุมโรค,  กรมอนามัย, กรมการแพทย์ |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | กรมควบคุมโรค  โทรศัพท์ 02 590 3985, 02 590 3987 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **29 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90**  **29.2 ประชาชนอายุ 35-59 ปีได้รับการคัดกรองเบาหวาน**  **29.3 ประชาชนอายุ 35-59 ปีได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง** |
| คำนิยาม | หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มอายุ 35-59 ปี  การคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา และตรวจน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose หรือ Fasting capillary glucose) เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปต้องได้รับการตรวจเลือด เกณฑ์การคัดกรองมี 6 ข้อ ดังนี้   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 > 140/90 มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 4. มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอร์ไรด์ ≥ 250 มก./ดลและ/หรือ เอส ดี แอล คลอเลสเตอรอล < 35 มก./ดล. 5. ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG/FCG) = 100-125 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่ม   น้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง(OGTT) =140-199 มก./ดล.)   1. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรก   คลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม  การคัดกรองความดันโลหิตสูง หมายถึง การตรวจคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน  หลังการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต แจ้งผลโอกาสเสี่ยง และแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนไทยอายุ 35-59 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของโรงพยาบาล |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| รายการข้อมูล 1 | A1= จำนวนประชาชนที่ไม่รู้ว่าเป็น DM ได้รับการคัดกรองตามมาตรฐาน  A2= จำนวนประชาชนที่ไม่รู้ว่าเป็น HT ได้รับการคัดกรองตามมาตรฐาน |
| รายการข้อมูล 2 | B1= จำนวนประชาชนที่ไม่รู้ว่าเป็น DM ทั้งหมด  B2= จำนวนประชาชนที่ไม่รู้ว่าเป็น HT ทั้งหมด |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | ตัวชี้วัด 29.2 = (A1/B1) X 100  ตัวชี้วัด 29.3= (A2/B2) X 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุก 3 เดือน โดยทีมผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข , กรมควบคุมโรค,  กรมอนามัย, กรมการแพทย์ |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | กรมควบคุมโรค  โทรศัพท์ 02 590 3985, 02 590 3987 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **37. ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง** |
| **คำนิยาม** | การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ หมายถึง การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose /Fasting capillary glucose) และวัดความดันโลหิต ใช้หลักเกณฑ์การคัดกรองเหมือนตัวชี้วัดที่ 29.2และ 29.3 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของโรงพยาบาล |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนผู้สูงอายุได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting plasma glucose /Fasting capillary glucose) และวัดความดันโลหิต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ให้นับรวมผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิตเป็นประจำอยู่แล้ว |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุก 3 เดือน โดยทีมผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข , กรมควบคุมโรค,  กรมการแพทย์, กรมอนามัย |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | กรมควบคุมโรค  โทรศัพท์ 02 590 3985, 02 590 3987 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **44. ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ** |
| คำนิยาม | **คลินิก NCD คุณภาพ** หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ ตามเกณฑ์ 6 กระบวนการหลักได้แก่ 1) มีทิศทางและนโยบาย 2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ 3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน 4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 6) มีระบบสารสนเทศ |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ร้อยละ 70 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | สุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพปีละ 1 ครั้ง |
| แหล่งข้อมูล | จากการสำรวจ |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวน รพศ. รพท. รพช. ที่มีคลินิก NCD คุณภาพ (ผ่านเกณฑ์ของทุกกระบวนการหลัก) |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวน รพศ. รพท. รพช. ที่ได้รับการสุ่มประเมิน |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) x 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ปีละ 1 ครั้ง โดยทีมผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ,กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | กรมควบคุมโรค  โทรศัพท์ 02 590 3974, 02 590 3985 |

**หมายเหตุ**

1. รพศ. รพท. รพช. ประเมินตนเองตามเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ เพื่อพัฒนากระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรัง (เก็บข้อมูลผลการประเมินตนเองไว้ที่สถานบริการ)

2. สำนักโรคไม่ติดต่อร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพปีละ 1 ครั้ง

**คลินิก NCD คุณภาพ**

**นิยามคลินิก NCD คุณภาพ** : คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคสี่เป้าหมายหลักข้างต้น ลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง(Risk Factors) โอกาสเสี่ยง(Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ

เกณฑ์ขององค์ประกอบหลัก

| **องค์ประกอบหลัก** | **เกณฑ์** | **ผ่านเกณฑ์ (ข้อ)** |
| --- | --- | --- |
| 1.มีทิศทางและนโยบาย | * 1. 1.1 มีการระบุวิสัยทัศน์(ทิศทาง) และเป้าหมายเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นของการให้บริการโรคเรื้อรัง 4 โรคหลัก เน้นป้องกันและจัดการอย่างมีระบบ อย่างมีประสิทธิผล | 2/4 |
| 1.2 1.2 วางแผน และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกันและจัดการ ดูแลรักษาโรคเรื้อรัง |
| 1.3 สื่อสารทิศทางและนโยบายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ |
| 1.4 ทบทวนความก้าวหน้าและทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ |
| 2.มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ | 2.1 ให้การวินิจฉัยและลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ กลุ่มเสี่ยงสูงที่ส่งต่อจากเครือข่าย | 4/6 |
| * 1. 2.2 มีการประเมิน ระยะของโรค ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยงและปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ |
| * 1. ให้การบริการป้องกันควบคุมโรค และดูแลรักษาสอดคล้องกับระยะของโรค   โดยสหวิชาชีพ (กิจกรรม\*\*)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | \*\*กิจกรรม | ผู้ป่วยใหม่และกลุ่มเสี่ยงสูง | ผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน | ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน | | 1.ประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วมเพื่อการส่งต่อคลินิก ปรับเปลี่ยนและจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงลดโรค | / | / | / | | 2. สื่อสารข้อมูลสัญญาณเตือน/อาการที่ต้องมารพ. โดยด่วน รวมทั้ง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์, อัมพาต) | / | / | / | | 3. ดูแล ป้องกันและจัดการโรคตามเป้าหมาย ผลลัพธ์/เป้าหมายการบริการ แนวทางปฏิบัติและ แนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการที่ จังหวัด/คณะกรรมการด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้น | / | / | / | | 4. ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดย การใช้ยาและไม่ใช้ยาในการลดเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง ลดโรคและภาวะแทรกซ้อน | / | / | / | | 5.สอนทักษะการดูแลและการจัดการตนเองและ กระตุ้นให้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง | / | / | / | | 6. ค้นหา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน |  | / | / | | 7. ให้การดูแลรักษา/ส่งต่อเพื่อการรักษาตามมาตรฐานเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน |  |  | / | | 8. กำหนด case และติดตามเยี่ยมบ้านโดย ทีมสหวิชาชีพ |  |  | / | | 9. กิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ |  |  | / | |
| 2.4 มีผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง (NCDs Case Manager/Coordinator) ในการบริหารจัดการ บริการดูแลในภาพรวมเชื่อมโยง มุ่งเน้นคุณภาพผลลัพธ์โดยผู้มารับบริการทั้งกลุ่มโรคและกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นศูนย์กลาง และมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตและสังคม |
| 2.5 มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคเรื้อรังของสถานบริการและเชื่อมโยงไปชุมชน |
| 2.6 มีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง |
| 3. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน | 3.1 มีการสื่อสาร และเสริมทักษะให้ชุมชนสามารถจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสูงหลักๆ ในชุมชนได้ | 3/5 |
| 3.2 สนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นโรค/ป่วย และกลุ่มเสี่ยงสูง |
| 3.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องและ/หรือจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมเพื่อสุขภาพสนับสนุน การป้องกันควบคุมโรค ในชุมชน |
| 3.4 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล ติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลักร่วมด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้เป็นโรค/ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.หรือผู้ให้บริการพื้นฐานในสถานที่ทำงาน |
| 3.5 สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม/ชมรม ผู้เป็นโรค/ป่วย โรคเรื้อรังในชุมชน |
| 4. มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง | 4.1 จัดระบบเพื่อให้มีการสนับสนุนส่งเสริมการตัดสินใจ วางแนว/แผนการดูแล กำกับและจัดการดูแล โดยผู้เป็นโรค/ป่วยด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการจัดระบบเตือนหรือการติดตามเยี่ยมบ้าน และสนับสนุนการรวมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของผู้เป็นโรค/ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงสูง | 3/4 |
| 4.2 คืนและแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมทั้งแนะนำการใช้ยา แก่ผู้รับบริการ/ บุคคลในครอบครัว เพื่อการตัดสินใจใน การสร้างเสริมพฤติกรรม การป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง ความต่อเนื่องในการใช้ยาที่จำเป็น และเทคนิคการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ประกอบการตั้งเป้าหมาย เพื่อการวางแนวทาง/แผนปรับตัว การเปลี่ยนแปลง และการดำรงพฤติกรรมเพื่อการป้องกัน รักษาและฟื้นฟู |
| 4.3 เสริมสร้างพลัง/ความสามารถการจัดการตนเอง รวมทั้ง การจัดการอารมณ์ และผลกระทบทางสังคม ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเป็นโรคเรื้อรัง |
| 4.4 สนับสนุนการเรียนรู้/สร้างทักษะการติดตามอาการ ระดับการเปลี่ยนแปลงของโรค ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งแนวทางการตอบสนองจัดการผลการเปลี่ยนแปลง |
| 5. มีระบบสนับสนุน การตัดสินใจ | 5.1 มีเป้าหมายผลลัพธ์/เป้าหมายการบริการ แนวทางปฏิบัติและแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการ ที่จังหวัด/คณะกรรมการ ด้านโรคเรื้อรังจัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศเพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนการตัดสินใจให้บริการ | 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 ดูแล และออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งใน รายบุคคล กลุ่มผู้รับบริการเป้าหมาย และกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่มีแนวโน้มของ 4 โรคเป้าหมายที่มารับบริการของสถานบริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง |