

**แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง**  
**Assessment of Chronic Illness Care**

กรุณากรอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านและหน่วยงานของท่าน ข้อมูลนี้จะเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยแก่ผู้ใดนอกจากคณะผู้วิจัย ขอความกรุณาให้ท่านระบุเบอร์โทรศัพท์และที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้คณะผู้วิจัยจะสามารถติดต่อท่านได้ในอนาคตในกรณีจำเป็น ขอให้ท่านได้ระบุชื่อของบุคคลต่างๆ ที่เป็นสมาชิกในกลุ่มที่ร่วมตอบแบบสอบถามกับท่าน และในตอนท้ายแบบสอบถาม ขอให้ท่านให้รายละเอียดกระบวนการซึ่งท่านได้ใช้ในการตอบแบบสอบถาม

โปรดระบุชื่อและประเภทของหน่วยงาน (เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาล )	วันที่: ____ / ____ / ____ วัน    เดือน    ปี
จังหวัด:	ชื่อของบุคคลที่ร่วมตอบแบบสอบถาม
	1.
	2.
3.	
โทรศัพท์: (    ) ____ _ ____ _	Email :

**คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม**

แบบสอบถามนี้ได้ออกแบบขึ้นเพื่อยกระดับระบบงาน และมี “การใช้นวัตกรรม” ในการดูแลโรคเรื้อรัง ผลของแบบสอบถามนี้จะช่วยให้หน่วยงานของท่านพบจุดที่ต้องการปรับปรุง การตอบแบบสอบถามมีขั้นตอนดังต่อไปนี้:

1. **ตอบคำถามแต่ละข้อ** ในฐานะที่หน่วยงานของท่านเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำงานสนับสนุนด้านการดูแลโรคเรื้อรัง **ตอบคำถามแต่ละข้อ** เกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน ที่หน่วยงานของท่านใช้ใน โรค.....
2. **วงกลมระดับคะแนน** ในแต่ละข้อ ที่อธิบายได้ดีที่สุดเกี่ยวกับระดับคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังที่ได้ระบุไว้ในข้อสองที่หน่วยงานของท่านดำเนินงาน อยู่ในปัจจุบัน หัวข้อสำคัญเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรังได้ถูกกำหนดไว้โดยแบ่งระดับคะแนน 0 ถึง 11  
 คะแนน 11 หมายถึงหัวข้อนั้นได้รับการปฏิบัติอย่างเต็มที่  
 คะแนน 0 หมายถึงหัวข้อนั้นไม่ได้รับการปฏิบัติเลย

This Thai version was translated from  
Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) version 3.5  
; by permission of:

Improving Chronic Illness Care, MacColl Institute for Healthcare Innovation Group Health Center for Health Studies  
1730 Minor Avenue, Suite 1290 | Seattle, WA 98101-1448 Fax 206.287.2138

Thai version developers

Patama Gomutbutra MD, Asst. Prof. Apinun Aramrat MD, PhD, Asst. Prof. Yaowapa Sangkhasilapin MA  
.Worapot Sattapansiri MA, Siam Chutima M, ED, Dusida tooprakai MD, Pokin Sakarinkhul MD.  
The Department of Family Medicine Chaing Mai University, Thailand. 50300 email: pgomutbu@med, cmu.ac.th

## แบบประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรัง

**ตอนที่ 1: การจัดการระบบบริการสุขภาพ** :การจัดการดูแลโรคเรื้อรังจะมีประสิทธิภาพ หากทุกส่วนในองค์กรร่วมกันตั้งเป้าหมาย และมีแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน

องค์กร	ระดับ D	ระดับ C	ระดับ B	ระดับ A
การบริหารจัดการของหน่วยงาน เกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง	ไม่มี หรือ ให้ความสนใจน้อย มาก	แสดงไว้ในวิสัยทัศน์และมีแผน แต่ไม่มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อ การดำเนินงานให้ลุล่วง	มีการจัดสรรงบประมาณและ บุคลากรเตรียมไว้โดยผู้นำระดับสูง	มีการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น มี ผู้รับผิดชอบโดยตรง และมีการ วางแผนระยะยาวอย่างเป็นระบบ
คะแนน	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
เป้าหมายของหน่วยงานในการดูแล โรคเรื้อรัง	ไม่มีเป้าหมาย	มีเป้าหมาย แต่ไม่ได้นำมา ทบทวนจริงจัง	มีเป้าหมายที่วัดได้ และมีการ ทบทวน	สามารถวัดได้และมีการทบทวน อย่างสม่ำเสมอ และมีการบรรจุใน แผนพัฒนา
คะแนน	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
กลยุทธ์การพัฒนาการดูแลโรค เรื้อรัง	ไม่มีกลยุทธ์ เป็นการแก้ปัญหา เฉพาะหน้าและ ไม่มีการ เตรียมการในการแก้ปัญหาอย่าง เป็นระบบ	มีการใช้กลยุทธ์ที่ไม่ได้รับการ พิสูจน์ว่าใช้ได้	มีการใช้กลยุทธ์ ที่พิสูจน์แล้วว่า ใช้ได้ในการแก้ปัญหา	มีการใช้กลยุทธ์การพัฒนาที่พิสูจน์ แล้วว่าใช้ได้ และได้นำไปใช้ในเชิง รุกเพื่อป้องกันปัญหาและเพื่อให้ บรรลุจุดประสงค์ของหน่วยงาน
คะแนน	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11
แรงจูงใจ และภาวะเป็ยบในการ ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	ไม่มีแรงจูงใจและมาตรการที่จะ ทำให้บรรลุเป้าหมายในการดูแล โรคเรื้อรัง	ใช้แรงจูงใจและมาตรการเพื่อการ ควบคุมค่าใช้จ่ายการดูแลโรค เรื้อรัง	ใช้แรงจูงใจและมาตรการเพื่อบรรลุ จุดประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย	ใช้แรงจูงใจ และมาตรการเพื่อ กระตุ้น และส่งเสริมผู้ให้บริการ สามารถสนับสนุนทำงานให้บรรลุ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย
คะแนน	0      1      2	3      4      5	6      7      8	9      10      11

**ตอนที่ 2: การประสานงานกับชุมชน** การประสานงานระหว่างระบบบริการสุขภาพ (หรือผู้ให้บริการสุขภาพ) กับ ทรัพยากรในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรัง

องค์ประกอบ	ระดับ D			ระดับ C			ระดับ B			ระดับ A		
การประสานงานระหว่างผู้ป่วย และทรัพยากรในชุมชน	ไม่มีระบบการประสานงานที่ดี			มีการประสานงานกับทรัพยากรในชุมชนอย่างจำกัด			มีการประสานงานผ่านผู้รับผิดชอบ หรือทรัพยากรในชุมชน			มีการประสานงานดีเยี่ยมระหว่างระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการชุมชนและผู้ป่วย		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ของชุมชน	ไม่มี			อยู่ในขั้นตอนพิจารณา แต่ยังไม่มีการลงมือปฏิบัติ			เริ่มที่จะมีความร่วมมือในเชิงนโยบายและแผนงาน			มีความร่วมมือในเชิงนโยบาย และแผนงานอย่างเป็นทางการทั่วทั้งระบบ		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
มีแนวปฏิบัติสอดคล้องกับแผนด้านสุขภาพระดับภูมิภาค	ไม่มี			กำลังพิจารณาหาแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนระดับภูมิภาค แต่ยังไม่มีการลงมือปฏิบัติ			มีการลงมือปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนด้านสุขภาพระดับภูมิภาค ในการดูแลโรคเรื้อรังเพียง 1 หรือ 2 โรค			มีการลงมือปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนด้านสุขภาพระดับภูมิภาค ในการดูแลโรคเรื้อรังเกือบทั้งหมดทุกโรค		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**ตอนที่ 3: ระดับปฏิบัติการ** เป็นองค์ประกอบที่แต่ละผู้ให้บริการสุขภาพ ใช้ในการปรับปรุงงานแต่ละด้าน (เช่น งานด้านดูแลสุขภาพที่บ้าน, งานด้านผู้ป่วยนอก) ของการดูแลโรคเรื้อรัง องค์ประกอบเหล่านี้ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบเวชระเบียน

**ตอนที่ 3 เอ: การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย** คือการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการความเป็นอยู่ให้เหมาะสมกับโรคเรื้อรังของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรค

องค์ประกอบ	ระดับ D			ระดับ C			ระดับ B			ระดับ A		
มีการประเมินและการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการ และกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย <b>คะแนน</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย <b>คะแนน</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
การแสดงความห่วงใย (ความสัมพันธ์) ต่อคนไข้และครอบครัว <b>คะแนน</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ <b>คะแนน</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

ตอนที่ 3 ปี การสนับสนุนการตัดสินใจ คือการที่ผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือมีหลักฐาน และได้มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาโรค

องค์ประกอบ	ระดับ D			ระดับ C			ระดับ B			ระดับ A		
แนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน ( Clinical practice guideline)	ไม่มี			มี แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการปฏิบัติ			มีและมีการให้การอบรมแก่ผู้ปฏิบัติ			มี และมีการให้การอบรมแก่ผู้ปฏิบัติ และถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย โดยระบบเตือนและวิธีการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปฏิบัติ		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในการปรับปรุงการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ	รอรับการส่งต่อเท่านั้น			มีส่วนร่วม ในการทำให้ระบบดีขึ้น โดยการจัดทำแนวเวชปฏิบัติที่ใช้เป็นประจำ			มีส่วนร่วมในการจัดการฝึกอบรมทีมผู้ปฏิบัติการดูแลปฐมภูมิ			มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยปฐมภูมิ		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
การให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง	มีเป็นบางโอกาส			ส่งไปอบรมอย่างสม่ำเสมอ ตามความสมัครใจ			มีนักวิชาการมาให้ความรู้ที่หน่วยงาน			ให้การฝึกอบรมแก่ผู้ให้บริการสุขภาพทุกทีมเกี่ยวกับ วิธีการดูแลโรคเรื้อรัง เช่น การจัดการอิงกลุ่มประชากร และการสนับสนุนการดูแลตัวเอง		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวเวชปฏิบัติ	ยังไม่ได้ทำ			เมื่อมีการร้องขอจากผู้ป่วย หรือให้เป็นเอกสารสิ่งพิมพ์			ให้เอกสารเกี่ยวกับ แนวเวชปฏิบัติการดูแลตนเองเฉพาะโรค			ให้เอกสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลตนเองเฉพาะโรค ที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**ตอนที่ 3 ซึ่: กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ** จำเป็นที่จะต้องสร้างความเปลี่ยนแปลงทั้งระบบในระบบการบริการสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการบริการสุขภาพเชิงรุก

องค์ประกอบ	ระดับ D	ระดับ C	ระดับ B	ระดับ A
หน้าที่ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	ไม่ได้ระบุ	มีการมอบหมายหน้าที่เป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลโรคเรื้อรัง	มีทีมงานที่พบปะกันเป็นประจำ เพื่อกำหนดแนวปฏิบัติ บทบาท ความรับผิดชอบ และปัญหาการดูแลโรคเรื้อรัง	มีทีมงานที่พบปะเป็นประจำ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนแล้ว เช่น การติดตามผล การให้ความรู้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองเชิงรุก การประสานทรัพยากรที่มีอยู่ ตลอดจนทักษะอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
<b>คะแนน</b>	0            1            2	3            4            5	6            7            8	9            10            11
ผู้นำของทีมผู้ปฏิบัติงาน	ไม่มี	กำลังอยู่ระหว่างสรรหาผู้ที่เหมาะสมมาเป็นหัวหน้าทีม	มีการแต่งตั้งหัวหน้าทีม แต่ไม่มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง	มีการแต่งตั้งหัวหน้าทีมเป็นผู้กำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง
<b>คะแนน</b>	0            1            2	3            4            5	6            7            8	9            10            11
ระบบการนัดหมาย	ถูกนำมาใช้เฉพาะกรณีโรคเฉียบพลัน การติดตามผล และป้องกันโรคเท่านั้น	มีการจัดทำตารางการนัดหมายเพื่อติดตามผล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	มีความยืดหยุ่นเกี่ยวกับด้านเวลาให้บริการ และมีการให้บริการผู้ป่วยเป็นกลุ่ม(Group Visit)	หน่วยงานอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม ในการนัดหมายแต่ละครั้ง
<b>คะแนน</b>	0            1            2	3            4            5	6            7            8	9            10            11
การติดตามผล	เป็นไปโดยไม่สม่ำเสมอ แต่ไม่มีหลักเกณฑ์ชัดเจน	มีการดำเนินการเป็นไปหลักเกณฑ์ของแนวेषปฏิบัติ	มีทีมติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของแนวेषปฏิบัติ	มีทีมติดตามการปฏิบัติตัวให้เป็นไปตามแนวेषปฏิบัติ และมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยทั้งในแง่ความถี่การมารับบริการและวิธีการนัดหมาย (เช่น โทรศัพท์, email)
<b>คะแนน</b>	0            1            2	3            4            5	6            7            8	9            10            11

องค์ประกอบ	ระดับ D			ระดับ C			ระดับ B			ระดับ A		
แผนปฏิบัติที่วางไว้ล่วงหน้า ในการนัดหมายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Planned Visit)	ไม่มี			มีการกำหนดเป็นครั้งคราวสำหรับ ผู้ป่วยที่มีปัญหา			เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่ สนใจ			ใช้กับผู้ป่วยทุกคน เพื่อให้เกิดการ ประเมินอย่างสม่ำเสมอ ให้การ รักษา และ สนับสนุนการดูแล ตนเองของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
การสื่อสาร และประสานงาน ระหว่างหน่วยงานเพื่อความ ต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	ไม่ให้ความสำคัญ			ขึ้นอยู่กับสื่อสารเป็นลาย ลักษณ์อักษรระหว่างผู้ให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิและผู้เชี่ยวชาญ			ให้ความสำคัญ มีการประสานงาน ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพปฐม ภูมิ ผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้ทำอย่างเป็น ระบบ			ให้ความสำคัญสูงมาก และการ ประสานงานกันอย่างใกล้ชิดและมี ระบบชัดเจน ระหว่างผู้ให้การดูแล สุขภาพปฐมภูมิ ผู้เชี่ยวชาญ และ กลุ่มอื่นๆที่เกี่ยวข้อง		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

**ตอนที่ 3 ดี:** ระบบเวชระเบียน ข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งเชิงรายบุคคลและเชิงภาพรวม(Population based) หากมีวิธีการเก็บ และนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรในชุมชน

องค์ประกอบ	ระดับ D			ระดับ C			ระดับ B			ระดับ A		
เวชระเบียน	ไม่มี			มีชื่อผู้ป่วย ข้อมูลการวินิจฉัยโรค ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ วันสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษา บันทึกไว้ในกระดาษ หรือคอมพิวเตอร์			สามารถใช้ข้อมูล ในการแยก ประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย ตาม ความสำคัญในการรักษา			เวชระเบียนมีความเป็นปัจจุบัน พร้อม ใช้ได้ทันที สามารถช่วยเตือน ไม่ให้ลเลย ความปลอดภัย และการรักษาจำเป็นของผู้ป่วย		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
มีการแจ้งเตือนผู้ให้บริการสุขภาพ	ไม่มี			มีการแจ้งให้ทราบถึงโรคเรื้อรัง ของกลุ่มผู้ป่วย แต่ไม่ได้ให้ รายละเอียด			มีการเตือนผู้ให้บริการถึง หลักเกณฑ์ของการให้บริการที่ กลุ่มผู้ป่วยควรได้รับ เป็นระยะๆ แต่ละกลุ่ม			มีการเตือนผู้ให้บริการอย่างชัดเจน เกี่ยวกับ แนวทางการปฏิบัติที่ ผู้ป่วยแต่ละรายควรได้รับ		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ข้อมูลที่เป็นผลสะท้อนการปฏิบัติงาน	ไม่มี หรือไม่เจาะจงว่าเป็นทีมใด			มี แต่ไม่บ่อย และไม่เจาะจง			มีความจำเพาะ และมีความถี่ที่เหมาะสม เพื่อควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแต่ละทีม			เป็นปัจจุบัน มีความจำเพาะ ทำ เป็นประจำ มีผู้บริหารเป็นผู้ให้ ข้อมูลสะท้อนกลับ เพื่อปรับปรุง การทำงานของทีม		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยย่อยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการให้บริการที่เกี่ยวข้อง	ไม่มี			ต้องใช้ความพยายามในการหา ข้อมูล หรือตั้งโครงการเพิ่มขึ้นมา			ต้องทำเรื่องขอข้อมูล เพราะไม่ได้ ให้ข้อมูลนี้เป็นประจำ			สามารถให้ข้อมูล ช่วยในการ ปฏิบัติตามแผนการบริการสุขภาพ ตามที่กำหนดเป็นประจำ		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาผู้ป่วย	ไม่มี			ต่างฝ่ายต่างเก็บข้อมูลและวาง แผนการรักษาของตนเอง			แต่ละฝ่ายที่ดูแลผู้ป่วย นำข้อมูล มาแบ่งปันกัน เพื่อประกอบการ วางแผนรักษาของฝ่ายตนเอง			ทุกฝ่ายแบ่งปันข้อมูล และมี แผนการรักษาร่วมกัน นำมาใช้ใน การนัดติดตามผล ประสานการ ดูแล ณ ทุกจุดการให้บริการ		
คะแนน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11



การบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะเกิดจากการผสมผสานส่วนประกอบต่างๆของ Chronic Care Model เช่น เชื่อมโยง

ระหว่างการตั้งเป้าหมายการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและระบบข้อมูลผู้ป่วย

องค์ประกอบ	สนับสนุนน้อย	สนับสนุนปานกลาง			สนับสนุนดี			สนับสนุนดีมาก				
ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ	ไม่ได้ทำ			ต้องขอ หรือหาได้จากเอกสารที่มีการเผยแพร่ออกมา			เช่น จัดทำแผ่นพับที่มีรายละเอียดของแต่ละโรค			ให้เอกสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลตนเองเฉพาะโรคที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง		
<b>คะแนน</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ระบบข้อมูล	ไม่รวมเป้าหมายของการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย			มีผลของการประเมินผู้ป่วย (เช่น มีการจัดระดับสมรรถภาพของผู้ป่วย และความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลตนเอง) แต่ไม่ได้ตั้งเป้าหมายไว้			มีผลของการประเมินผู้ป่วยและเป้าหมายของการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับมาจากทีมผู้ให้บริการสุขภาพ / ผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้ป่วย			มีผลของการประเมินผู้ป่วยและเป้าหมายของการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับมาจากทีมผู้ให้บริการสุขภาพ / ผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้ป่วย จะมีระบบการเตือนทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ ทันที เพื่อติดตามผล และมีการประเมินผลซ้ำเป็นระยะๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้		
<b>คะแนน</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
โครงการที่ทำร่วมกับชุมชน	ไม่มีข้อมูลสะท้อนกลับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับพัฒนาการของผู้ป่วย ไปยังหน่วยบริการสุขภาพ			มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพัฒนาการของผู้ป่วย ในการพบปะระหว่างหน่วยให้บริการสุขภาพ และชุมชน เป็นครั้งคราว			มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพัฒนาการของผู้ป่วย ไปยังหน่วยบริการสุขภาพเป็นประจำ โดยใช้กลไกที่เป็นทางการ เช่น รายงานประจำปี			มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพัฒนาการของผู้ป่วย ไปยังหน่วยบริการสุขภาพเป็นประจำโดยข้อมูลที่รับจากผู้ป่วยโดยตรง และนำไปใช้ในการปรับโครงการ ให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยยิ่งขึ้น		
<b>คะแนน</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

องค์ประกอบ	ระดับ D	ระดับ C	ระดับ B	ระดับ A
แผนบริหารจัดการการดูแลโรคเรื้อรัง	ไม่เกี่ยวข้องกับวิธีการแบบอิงประชากร	ใช้ระบบข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแล	ใช้ระบบข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลแบบอิงประชากรเชิงรุก รวมทั้งการพัฒนาโครงการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสร้างความร่วมมือกับทรัพยากรในชุมชน	ใช้ข้อมูลจากระบบและข้อมูลจากทีมผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลแบบอิงประชากรเชิงรุก รวมทั้งการพัฒนาโครงการการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสร้างความร่วมมือกับชุมชน ซึ่งรวมถึงแผนการประเมินผลสำเร็จตามกรอบเวลา
คะแนน	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการนัดหมาย การประเมินผู้ป่วย และการตั้งเป้าหมาย	ไม่สม่ำเสมอ	เป็นครั้งคราว เฉพาะเกี่ยวกับการนัดหมายเท่านั้น	มีการมอบให้มีผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะ	มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะและเป็นผู้ที่สามารถใช้เวชระเบียน และมีความพร้อมในการประสานงานระหว่างผู้ป่วย และทีมบริการสุขภาพ
คะแนน	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	มี แต่ไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบ	แจ้งให้แก่ผู้ป่วยที่มีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง	ให้แก่ผู้ป่วยทุกคนเพื่อช่วยพัฒนาการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมระบุว่าควรพบแพทย์เมื่อไร	ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย ใช้แนวเวชปฏิบัติที่มีอยู่ เป็นกรอบในการกำหนดวิธีการการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับแนวเวชปฏิบัติดังกล่าว โดยเน้นเป้าหมายและความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
คะแนน	0 1 2	3 4	6 7 8	9 10 11

กระบวนการที่ท่านได้ใช้ในการกรอกแบบสำรวจนี้

- มีผู้ได้รับมอบหมายเป็นเป็นคนกรอกข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว
- หัวหน้าหน่วยงานเป็นคนกรอกข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว
- หัวหน้ากลุ่มเป็นคนกรอกข้อมูลโดยปรึกษาสมาชิกกลุ่ม
- มีความเห็นร่วมกันในที่ประชุม
- สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มกรอกข้อมูลในแบบสำรวจของตัวเองและหาค่าเฉลี่ย
- อื่นๆ \_\_\_\_\_

### สรุปคะแนน

(นำคะแนนตอนท้ายของทุกส่วนมากรอกในหน้านี้)

คะแนนรวมการจัดการระบบบริการสุขภาพ \_\_\_\_\_

คะแนนรวมการประสานงานกับชุมชน \_\_\_\_\_

คะแนนรวมระดับปฏิบัติการ \_\_\_\_\_

คะแนนรวมการสนับสนุนการตัดสินใจ \_\_\_\_\_

คะแนนรวมการออกกระบวนการให้บริการสุขภาพ \_\_\_\_\_

คะแนนรวมระบบเวชระเบียน \_\_\_\_\_

คะแนนรวมการบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง \_\_\_\_\_

คะแนนรวมทั้งหมดของโครงการ \_\_\_\_\_

คะแนนเฉลี่ยของทั้งโครงการ (คะแนนรวมทั้งหมด หารด้วย 7) \_\_\_\_\_

### ความหมายคะแนน

ACIC ได้มีการกำหนดค่าคะแนนสูงสุดไว้ที่ 11 และแต่ละข้อได้แบ่งคะแนนย่อยให้ลดหลั่นกันไปตั้งแต่ 0 ถึง 11 คะแนน 0 หมายถึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรัง คะแนน 11 หมายถึงมีการดูแลสนับสนุนโรคเรื้อรังอย่างเต็มที่ ความหมายของช่วงคะแนนมีดังต่อไปนี้:

ระหว่าง “0” ถึง “2” = มีการสนับสนุนน้อยหรือจำกัดต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

ระหว่าง “3” ถึง “5” = มีการสนับสนุนปานกลางต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

ระหว่าง “6” ถึง “8” = มีการสนับสนุนดีต่อการดูแลโรคเรื้อรัง

ระหว่าง “9” ถึง “11” = มีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลโรคเรื้อรัง