

แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2562

คำชี้แจง

การดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นแนวทางการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาโดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA โดยในปี 2562 ได้มีบูรณาการร่วมกับงานคลินิกชะลอไตเสื่อม เนื่องจากมีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน และลดความซ้ำซ้อนของการประเมินคุณภาพการดำเนินงานซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วน ได้แก่

1. การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพใน 6 องค์ประกอบ; ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน
2. การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ; ผลลัพธ์การให้บริการและผลลัพธ์การดูแลรักษา จำนวน 11 ตัวชี้วัด

กลุ่มเป้าหมาย

1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
2. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M2, F1
3. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F2, F3

ขั้นตอนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

ไตรมาส 1 และ 2

1. ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อในสถานบริการสาธารณสุขทบทวนผลการดำเนินงานปี 2561 โอกาสพัฒนา และจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562
2. สถานบริการสาธารณสุขประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาตามแนวทางการประเมิน NCD Clinic Plus ทั้ง 2 ส่วนโดยส่วนแรกใช้หลักการขั้นบันได (Milestone) ส่วนที่ 2 ใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2562 และส่งผลการประเมินทั้ง 2 ส่วนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อรวบรวมและรายงานต่อให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
3. พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมินตนเองปี 2562

ไตรมาส 3

1. ทีมผู้ประเมินซึ่งกำหนดร่วมกันในเขตสุขภาพ (สคร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ลงประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินตนเองร่วมกันกับสถานบริการสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน
2. ทีมผู้ประเมินแจ้งผลการประเมินรับรองแก่สถานบริการสาธารณสุข

ไตรมาส 4

1. ทีมผู้ประเมินส่งผลการประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค รายงานผลการประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ทั้งส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 โดยใช้ฐานข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) Freeze ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2562 ให้สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

การผ่านเกณฑ์ประเมินรับรอง

ระดับสถานบริการ : สถานบริการสาธารณสุขได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน

ทั้งนี้เกณฑ์การให้คะแนนรวม คะแนนเต็ม 100 คะแนน มาจากการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 50 คะแนน และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ

50 คะแนน

ระดับเขตและประเทศ : สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์รับรอง NCD Clinic Plus มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

เกณฑ์การประเมินตนเองเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2562

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย			6	30	
1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย			1	5	
	1. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยผู้บริหาร	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยคณะกรรมการ NCD board โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้	2			
	3. มีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลได้รับรู้ทั่วถึงกัน	3			
	4. มีการวิเคราะห์ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายในการประชุมคณะกรรมการ NCD board ระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4			
	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการดำเนินงานมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์	5			
1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ			1	5	
	1. มีการวางแผน, มีแผนปฏิบัติการ/กิจกรรม เพื่อป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง) ภายในองค์กร	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมและงบประมาณที่ชัดเจนสอดคล้องกับการทบทวน วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงานของทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย	2			
	3. มีการกำหนดเป้าหมายของแผนปฏิบัติการและกิจกรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และปรับปรุง	4			
	5. มีแผนพัฒนาระดับการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus			2	10	
	1. มีการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการวิเคราะห์ความต้องการด้านทักษะและวิชาการที่สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	2			
	3. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อสนับสนุนความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการจัดสรรบุคลากรทดแทน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	4			
	5. มีแผนจัดสรรบุคลากรเพื่อสนับสนุนความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ที่เหมาะสม เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน	5			
1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus			1	5	
	1. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาและทีมผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน สำหรับการให้บริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาสำหรับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ/หรือ การให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมที่ชัดเจน	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. มีการนำผลการกำกับติดตามประเมินผลมาพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินงาน	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 ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5			
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			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้								
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)						
	3. มีการใช้และตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด	3									
	4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการปรับปรุงแก้ไข	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									
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ			12	60							
3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ)			3	15							
	1. มีการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางมาตรฐาน และลงทะเบียนแยกกลุ่มกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย	1	สรุปประเด็น :								
	2. มีการค้นหาความเสี่ยง และประเมินโอกาสเสี่ยงให้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	2									
	<table border="1" style="width:100%"> <thead> <tr> <th style="width:50%">กลุ่มเสี่ยง</th> <th style="width:50%">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 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน,แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT),แบบแผนการบริโภค,ความเครียด (ST5),โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q),สุขภาพช่องปาก</td> </tr> <tr> <td>2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)</td> <td>2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน,แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT),แบบแผนการบริโภค,ความเครียด (ST5)	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน,แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT),แบบแผนการบริโภค,ความเครียด (ST5),โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q),สุขภาพช่องปาก	2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)	2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย										
1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน,แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT),แบบแผนการบริโภค,ความเครียด (ST5)	1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน,แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT),แบบแผนการบริโภค,ความเครียด (ST5),โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q),สุขภาพช่องปาก										
2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี)	2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)										

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน		คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
				น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
		3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไตเท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) ประเมินความสามารถและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ				
	3. มีการค้นหาสาเหตุของปัจจัยเสี่ยง และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้รับบริการทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล		3			
	4. มีการจัดบริการและเสริมทักษะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของผู้รับบริการ รายบุคคลและรายกลุ่ม		4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการจัดบริการลดความเสี่ยงของผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม		5			
3.2 การให้บริการเพื่อการดูแลและจัดการโรค				3	15	
	1. มีการวินิจฉัย และลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่อย่างครบถ้วน และปรับปรุงข้อมูลการวินิจฉัยผู้ป่วยรายเก่าให้เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน		1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการรายบุคคล		2			
	3. มีการปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการสำหรับผู้รับบริการ ตามมาตรฐาน		3			
	4. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ		4			
	5. มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง		5			
3.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย				2	10	
	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			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	4. นำผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) มาทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	4			
	5. มีแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับแผนท้องถิ่น (อปท.) หรือแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			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			
3.5 เครือข่ายการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน			2	10	
	1. มีเครือข่ายการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข	2			
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	3			
	4. มีการติดตาม/ประเมินผลของผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบ (รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการนอกกระทรวงสาธารณสุข)	4			
	5. มีการแจ้งผลการติดตาม และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่ายผ่านเวทีและ/หรือ ช่องทางที่เหมาะสม	5			
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 :		

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	2. มีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการเพื่อนำมากำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	2			
	3. มีแผนและดำเนินการตามกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือปัจจัยเสี่ยง ด้านสุขภาพ	3			
	4. นำผลการดำเนินงานมาทบทวน เพื่อปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	4			
	5. มีการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	5			
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล			2	10	
	1. มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายกลุ่ม ด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสาร ที่เหมาะสม	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการสื่อสารข้อมูลการรักษา ระยะของโรค ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายบุคคลด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น คู่มือ สมุดสุขภาพLINE Application เป็นต้น	2			
	3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการตนเองมาใช้ในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันกับ ทีมสหวิชาชีพ	3			
	4. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่บ้าน ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ เช่น SMBG/SMBP และสามารถแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญให้แก่ทีมสหวิชาชีพได้	4			
	5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	5			
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม			2	10	
	1. มีการรวมกลุ่ม ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	สัมพันธภาพทางสังคมและการช่วยเหลือภายในกลุ่มเพื่อน				
	3. กลุ่ม ชมรม ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด	3			
	4. กลุ่ม ชมรม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรม	4			
	5. กลุ่ม ชมรม มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	5			
4.4	สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย		2	10	
	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ที่หลากหลายรูปแบบ เหมาะสมกับผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่	2			
	3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้สื่อ และ/หรือ เครื่องมือ ร่วมกับผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4			
	5. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	5			
	องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ		5	25	
5.1	แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ		2	10	
	1. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)อิงหลักฐานของสถานบริการแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกระบวนการ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)อิงหลักฐานของสถานบริการครอบคลุมทุกระบวนการ(ตาม CPG นั้นๆ)	2			
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับในสถานบริการและเครือข่าย	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)	4			
	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน เป็นระยะ เพื่อให้มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน	5			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิกรวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข			2	10	
	1. มีผู้ประสานงานเพื่อให้การปรึกษาเบื้องต้น แต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการกำหนดเกณฑ์การให้คำปรึกษาโดยสหวิชาชีพหรือตัวแทนในโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้ง รวมทั้งกำหนดช่องทางของการให้คำปรึกษา	2			
	3. มีการดำเนินงานตามระบบการให้คำปรึกษา	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายสม่ำเสมอ	4			
	5. มีการวิเคราะห์ปัญหาในการให้คำปรึกษาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพสถานบริการ และเครือข่ายทุกระดับ	5			
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 มาปรับปรุงกระบวนการจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	3			
	4. มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มารวบรวมเป็นคลังความรู้	4			
	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวก หลายช่องทางเช่น Social Media Website	5			
องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน			10	50	
6.1 การสนับสนุนทิศทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน			2	10	
	1. มีการส่งคืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ และชุมชน	2			
	3. มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน โดยเครือข่ายบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ร่วมกัน	3			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	4. มีการประเมินผลการดำเนินงานครบทุกแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	4			
	5. มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			
6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน			2	10	
	1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน	1	สรุปประเด็น :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการ ตามแผนงานที่วางไว้	2			
	3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค	4			
	5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	5			
6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน			2	10	
	1. มีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ และสามารถระบุปัญหา และรากเหง้าของปัญหาของชุมชนที่ต้องจัดการ เพื่อสร้างเป็นนโยบายสาธารณะ	1	สรุปประเด็น :		
	2. มีแผนงานโครงการหรือแผนกิจกรรม เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักโรคไม่ติดต่อ	2			
	3. มีการผลักดันให้เกิดการใช้นโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การทำประชาคมติในชุมชน, การทดลองใช้นโยบายในบางพื้นที่	3			
	4. มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ	4			
	5. มีการบูรณาการนโยบายสาธารณะร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่(พชพ.)	5			
6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	1	สรุปประเด็น :		
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ที่ดำเนินการเอง	2			

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	3. มีกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ และ/หรือ กลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน	4			
	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรม อย่างต่อเนื่อง	5			
	6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอสม.		2	10	
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพมีแผนงานสนับสนุนให้ อสม.มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	1	สรุปประเด็น :		
	2. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	2			
	3. อสม. ดำเนินการตามแผนอย่างน้อยร้อยละ50	3			
	4. เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของอสม.	4			
	5. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับ อสม. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน	5			
	คะแนนรวม		50	250	

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus

รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	ผลงาน ร้อยละ	คะแนน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
					1	2	3	4	5		
1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	ร้อยละ	≥60	4		<45	45	50	55	≥60	20	
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	≥40	5		<25	25	30	35	≥40	25	
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	ร้อยละ	≥60	4		<45	45	50	55	≥60	20	
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/2)] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ	≥10	5		<4	4	6	8	≥10	25	
5. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	≤2	4		>8	8	6	4	≤2	20	
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	≥5	4		<2	2	3	4	≥5	20	
7. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	≥50	5		<35	35	40	45	≥50	25	
8. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	≥80	4		<65	65	70	75	≥80	20	
9. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Riskลดลงเป็น < 20% ในไตรมาส 3, 4	ร้อยละ	≥40	5		<25	25	30	35	≥40	25	
10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFRได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ	>50	5		<35	35	40	45	>50	25	
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 1-4 และได้รับยา ACEi/ARB	ร้อยละ	>60	5		<45	45	50	55	>60	25	
คะแนนรวม			50							250	

การคิดคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562

สูตรคำนวณคะแนนประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ(50 คะแนน) และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

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

สรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562

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

กรอบเวลาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปีงบประมาณ พ.ศ.2562

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2561			ปี 2562									
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
1	การจัดทำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562													
	1.1 สำนักโรคไม่ติดต่อจัดทำเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ฉบับปรับปรุง ปี 2562	←	→											
	1.2 สำนักโรคไม่ติดต่อจัดประชุมชี้แจงพร้อมส่งเกณฑ์การประเมินคุณภาพฯให้ สจร. สสจ. และสถานบริการสาธารณสุข			←	→									
2	การติดตามผลการประเมิน NCD Clinic Plus รอบ 6 เดือนแรก ทั้ง 2 ส่วน ได้แก่ ผลการประเมินกระบวนการฯ (ส่วนที่ 1) และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการฯ (ส่วนที่ 2) โดยใช้ข้อมูลจาก HDC ที่ Freeze ณ วันที่ 16 ก.พ. 62													
	-สถานบริการสาธารณสุข ส่งรายงานผลการประเมินตนเองให้ สจร. /สำเนาถึง สจร.และสำนักโรคไม่ติดต่อ						←	→ 22						
	- สจร. ส่งรายงานผลการประเมินตนเองให้ สจร.						←	→ 28						
	- สจร. ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง ให้สำนักโรคไม่ติดต่อ							←	→ 4					
3	การลงพื้นที่ประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุข													
	3.1 ทีมผู้ประเมิน (สจร. สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ลงพื้นที่เพื่อสนับสนุนและพัฒนาการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข								←	→				
	3.2 ทีมผู้ประเมินส่งผลสรุปการลงพื้นที่ประเมินรับรองคุณภาพสถานบริการสาธารณสุขไปยัง สจร. และสำเนาถึงสำนักโรคไม่ติดต่อ									←	→ 29			
	3.3 สจร. ส่งรายงานผลสรุปการลงพื้นที่ประเมินรับรองคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข พร้อมผลการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่มีผลคะแนนการประเมินทั้ง 2 ส่วน (ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ) ในระดับดีมากขึ้นไป เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขต ในการประกวด NCD Clinic Plus Awards ปี 2561 ไปยังสำนักโรคไม่ติดต่อ											←	→ 7	

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2561			ปี 2562									
		ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
4	การติดตามผลการประเมิน NCD Clinic Plus รอบ 6 เดือนหลัง ทั้ง 2 ส่วน ได้แก่ ผลการประเมินกระบวนการฯ (ส่วนที่ 1) และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการฯ (ส่วนที่ 2) โดยใช้ข้อมูลจาก HDC ที่ Freeze ณ วันที่ 16 ส.ค. 62													
	- สถานบริการสาธารณสุข ส่งรายงานผลการประเมินตนเองให้ สสจ. /สำเนาถึง สคร.และสำนักโรคไม่ติดต่อ												21	↔
	- สสจ. ส่งรายงานผลการประเมินตนเองให้ สคร.												23	↔
	- สคร. ส่งรายงานผลการประเมินตนเอง ให้สำนักโรคไม่ติดต่อ												30	↔