**สรุปรายงานผล**

**การติดตามและประเมินผลกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์**

**เป้าประสงค์ที่ 2 เครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับมีคุณภาพมาตรฐาน**

**ตอบสนองปัญหาของพื้นที่**

**ตัวชี้วัดที่ 2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนากลไกการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน**

**ในการจัดระบบบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับเพื่อตอบสนอง**

**กลุ่มวัยและปัญหาของพื้นที่**

**โดย**

1.นางพิสมัย ลุนพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

2.นายสมศรี ภูแพง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

3. นางดารุณี แสนโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

4.นางสาวปัจชะตาพร นามโล นักวิชาการสาธารณสุข

**ผู้ประเมิน**

รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2559

หน่วยงาน คปสอ.ห้วยเม็กจังหวัดกาฬสินธุ์

**ส่วนที่ 1**

**บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Excutive Summery)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สรุปภาพรวมตัวชี้วัดเป้าประสงค์ที่ 2** |  |  |  |  |
| **ตัวชี้วัด** | **ค่าคะแนน** | **น้ำหนัก** | **คะแนน\*น้ำหนัก** |  |
| **ตัวชี้วัดที่ ๑ :** ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพมาตรฐานทั้งระบบของเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่จังหวัดกำหนด (KQA)ในการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาที่สำคัญ โดยยึดหลักการทำงานแบบบูรณาการใช้ชุมชนเป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง | **0** | **5** | 0 |  |
| **ตัวชี้วัดที่ 2.**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลา | **0** | **3** | 0 |  |
| **ตัวชี้วัดที่ 3 :** ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน FCT | **0** | **5** | 0 |  |
| **ผลรวม ของทุกตัวชี้วัด** |  |  | **0** |  |
|  |  |  |  |  |
| **เกณฑ์การประเมินให้คะแนน ภาพ Cup** โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ | | | | |
| **ระดับคะแนน** | **ผลรวมทุกตัวชี้วัด (คะแนน X น้ำหนักการดำเนินงาน)** | | | |
| 1 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ต่ำกว่า 39.00 | | | |
| 2 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ระหว่าง 39.00-45.49 | | | |
| 3 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ระหว่าง 45.50-51.99 | | | |
| 4 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ระหว่าง 52.0-58.49 | | | |
| 5 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนักเท่ากับ 58.50 ขึ้นไป | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เครื่องมือประเมินผลการดำเนินงาน** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **จัดทำคุณภาพมาตรฐานในการจัดการโรคและภัยสุขภาพสำคัญของจังหวัด (6โรค 1 ภัย)ตามเกณฑ์คุณภาพที่จังหวัดกำหนด KQA (Kalasin Qaulity Award)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ปี 2559 คปสอ....ห้วยเม็ก......อำเภอ......ห้วยเม็ก.......จังหวัดกาฬสินธุ์** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **เกณฑ์การกรอกคะแนน 1 = ดำเนินการเสร็จครบเรียบร้อย, 0.5 = มีการดำเนินการแต่ยังไม่แล้วเสร็จครบ, 0 = ไม่มีผลการดำเนินการ**  **จุดยืนที่ 1 ตัวชี้วัดที่ 2.1 KQA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
| **หมวด P ลักษณะสำคัญขององค์กร** | | | **5** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 1 | | ทบทวนวิเคราะห์ ลักษณะสำคัญขององค์กร ได้แก่ คน เงิน ของ | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 2 | | บทบาทภารกิจขององค์กร | 1.5 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 3 | | บริบทของพื้นที่ในการจัดการโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ | 1.5 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| **หมวด 1 หมวดการนำองค์กร** | | | **10** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 4 | | ผู้บริหารขององค์กรที่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ (ต้องมีการระบุในการจัดการ 6 โรค 1 ภัย) | 4 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 5 | | การสื่อสารถ่ายทอด Deploy สู่การปฏิบัติ ในการจัดการ 6 โรค 1 ภัย | 3 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 6 | | ผู้บริหารขององค์กร สนับสนุนทรัพยากรการดำเนินการ | 3 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| **หัวข้อที่** | **กิจกรรมดำเนินงาน** | | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
| **หมวด 2 การวางแผนยุทธศาสตร์** | | | **10** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 7 | | กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 8 | | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม ข้อมูลพื้นฐานของ คปสอ. | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 9 | | การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 10 | | การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 11 | | การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| **หมวด 3 ลูกค้า ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้เสีย** | | | **10** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 12 | | การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังและกำหนดแนวทางตอบสนองของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม (6 โรค 1 ภัย) | 2.5 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 13 | | การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน | 2.5 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 14 | | การประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง (มีการประเมินและปรับปรุงอย่างน้อย 1 เรื่อง) | 3 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 15 | | การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
| **หมวด 4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้** | | | **10** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 16 | | ระบบการวัดผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์ | 2.5 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 17 | | การจัดการเทคโนโลยีและสารสนเทศ | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 18 | | การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน | 3 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 19 | | มีการดำเนินการจัดการความรู้ตามเกณฑ์ PMQA เกิดผลงาน (CQI, KM, R2R, วิจัย) นำมาพัฒนาระบบงาน 6 โรค 1 ภัย | 2.5 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| **หมวด 5 บริหารทรัพยากรบุคคล :** | | | **5** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 20 | | สมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน | 1.5 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 21 | | สิ่งแวดล้อมบรรยากาศการปฏิบัติงาน | 1.5 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 22 | | ประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของผู้ให้บริการ | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| **หมวด 6 การจัดกระบวนการ** | | | **30** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 23 | | **กระบวนการสร้างคุณค่า** | | | | | | | | | | | | | | |
| มีการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างคุณค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ | **10** | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
|  | | 1.การจัดทำ Flow chartการดูแลผู้ป่วยรายโรค แต่ละระดับการบริการอ้างอิงตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย 6 ขั้นตอน หรือมาตรฐานของรพ.สต. สุขศาลา, CPG ในการดูแลรายโรคเชื่อมโยงทุกระดับ |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 2.มีการออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร/เครือข่าย |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 3.มีการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ ใช้ความร่วมมือและศักยภาพของเครือข่ายเพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องของการให้บริการ เมื่อเกิดปัญหาขึ้น |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 4..สาธารณสุขอำเภอมีกระบวนการสนับสนุนที่สร้างคุณค่าให้แต่ละรายโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในด้านใดและอย่างไร |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 24 | | **กระบวนการสนับสนุน** | | | | | | | | | | | | | | |
| มีการดำเนินงานตามกระบวนการสนับสนุนตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ | **10** | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0.00 | | 0.00 |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
|  | | ·       รายโรควิเคราะห์กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญอย่างน้อย 1 กระบวนการ (เช่นระบบ IC, ระบบยา, ระบบส่งต่อ, ระบบสารสนเทศ เป็นต้น) มีความเกี่ยวข้องอย่างไร ข้อดี ข้อด้อยของกระบวนการสนับสนุนนั้นๆ และแนวทางในการพัฒนากระบวนการสนับสนุน |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| ·       CQI ของกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ ส่งผลต่อการบริหารจัดการรายโรค |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 25 | | กระบวนการดูแลผู้ป่วย • มีกระบวนการดูแลที่สอดคล้องปัญหาของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ความปลอดภัย การเข้าถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในทุกขั้นตอนของการดูแล | **10** | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 26 | | การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน และท้องถิ่น |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| **หมวด 7 ผลลัพธ์** | | | **20** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| 27 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 1 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | : ระดับความเชื่อมั่นของทีมนำในการนำของคณะกรรมการ คปสอ. | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 28 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
|  | | : ระดับการรับรู้ของบุคลากรในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 29 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| : ระดับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ (เกณฑ์ความ พึงพอใจที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 85 เกณฑ์ > 85 = 5 คะแนน ) | 2 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 30 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| : มี Explicit Knowledge 6 โรค 1 ภัย ระดับ CUP | 4 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 31 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| : ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ 6 โรค 1 ภัย อย่างน้อยร้อยละ 70 | 4 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
| 32 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละความสำเร็จเฉลี่ยตามตัวชี้วัดรายโรค 6 โรค 1 ภัย **(ตามที่กำหนดตัวชี้วัดไว้ในหมวด 4)** | 6 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00 | | 0.00 | |
|  | | **รวม** | **100** | | **ผลรวมของค่าคะแนนเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | | | | | | | |  | | **0.00** | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | **ระดับความสำเร็จ** | | |  | |
|  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
|  | | **เกณฑ์การประเมินให้คะแนน CUP เทียบระดับความสำเร็จ** | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| **ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก** | | | | | | **ระดับ** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก **ต่ำกว่า 60** | | | | | | **1** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก **60.00-69.99** | | | | | | **2** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก  **70.00-79.99** | | | | | | **3** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก **80.00-89.99** | | | | | | **4** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก  **90.00-100** | | | | | | **5** |  | |  |  |  |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จุดยืนที่ 2 ตัวชี้วัดที่ 2.2 ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์ของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลา**  แบบสรุปผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลา | | | | | |
|  | อำเภอ....ห้วยเม็ก................ |  |  |  |  |
|  |  | **(A)** |  |  | **(B)** |
| ลำดับ | ชื่อ ตำบล และ รพ.สต.ที่รับผิดชอบ | สุขศาลาทั้งหมด (แห่ง) | สุขศาลผ่านเกณฑ์คุณภาพ | | สรุปผล ผ่าน = 1 ไม่ผ่าน = 0 |
| ระดับทอง (แห่ง) | ระดับเพชร (แห่ง) |
| 1 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 2 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 3 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 4 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 5 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 6 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 7 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 8 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 9 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
| 10 | ตำบล......................รพ.สต.......................... |  |  |  |  |
|  | **รวม** | **0** | **0** | **0** | **0** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน (B)\*100 =ร้อยละ…………. | | | | | | | | | | | |
|  | | (A) | | | | | | | | | |
| จำนวนตำบลที่สุขศาลาที่ผ่านเกณฑ์ระดับทอง1แห่งและเพชร1แห่ง\*100 | | | | = ร้อยละ………. | | | | | |
| จำนวนตำบลทั้งหมด | | | |  | | | | |  | |
| **เครื่องมือประเมิน** | | | | | |  |
| **ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์ของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลา** | | | | | |  |
| **ลำดับ** | | **เกณฑ์ KPI** | | | **เกณฑ์การให้คะแนน** |  |
| 1 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ต่ำกว่าร้อยละ 60 | | | 1 |  |
| 2 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ร้อยละ 60-69.99 | | | 2 |  |
| 3 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ร้อยละ 70-79.99 | | | 3 |  |
| 4 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ร้อยละ 80-89.99 | | | 4 |  |
| 5 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ร้อยละ 90 ขึ้นไป | | | 5 |  |
|  | |  | | |  |  |
| **สรุปผลการประเมิน สุขศาลาผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน (คะแนน1-5) =** | | | | |

**จุดยืนที่ 3 ตัวชี้วัดที่ 2.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน FCT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การให้คะแนน** | |  |
| **ระดับ** | **เกณฑ์** |  |
| **1** | : มีการจัดโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน |  |
| **2** | ผ่านระดับ 1 ทีมหมอครอบครัวได้รับการพัฒนาทักษะ สมรรถนะการให้บริการ ด้านการดูแลทุกกลุ่มวัย (โรค DM, HT, TB STOKE, STEMI มะเร็ง OV/ CCA) |  |
| **3** | ผ่านระดับ 2 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้บริการผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพระดับอำเภอ |  |
| **4** | ผ่านระดับ 3 สรุปถอดบทเรียนสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ในรูปแบบ เรื่องเล่า CQI R2R วิจัย นวัตกรรม |  |
| **5** | ผ่านระดับ 4 ผลลัพธ์การดูแลกลุ่มเป้าหมายพึ่งพิงที่จะต้องได้รับการดูแล ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อย 60 % |  |
|  |  |  |
|  | **ผลคะแนนการดำเนินงาน FCT ภาพ CUP (รคะแนนระดับ 1-5) =** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน** : | รอบ 6เดือน และรอบ 12เดือนของปีงบประมาณ | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** : | สำรวจ / ประเมินโดยสสจ./สสอ. |  |

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

1. หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงผลการดำเนินงานตามกิจกรรมดำเนินการในแต่ละระดับ

**ผู้บริหารตัวชี้วัด**

**:**นพ.วิษณุกร อ่อนประสงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเม็ก เบอร์ติดต่อ : 043-889090

:นายสมดี โคตตาแสง สาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก เบอร์ติดต่อ : 043-889036

**ผู้กำกับตัวชี้วัด**

**:**นพ.วิษณุกร อ่อนประสงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเม็ก เบอร์ติดต่อ : 043-889090

:นายสมดี โคตตาแสง สาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก เบอร์ติดต่อ : 043-889036

:นางพิสมัย ลุนพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ : 043-889090

:นายสมศรี ภูแพง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ : 043-889036

**ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด**

**:** นางดารุณี แสนโคตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ : 043-889090

:นางสาวปัจชะตาพร นามโล นักวิชาการสาธารณสุข เบอร์ติดต่อ : 043-889036

**ส่วนที่ 2**

**ระเบียบวิธีการประเมินผล**

**2.1วิธีการประเมินผล เช่น การสัมภาษณ์ , สัมภาษณ์สุ่ม ตรวจเอกสาร**

ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่าย นักจัดการสุขภาพ อสม.ในหมู่บ้าน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรรมการ 3 ดี สัมภาษณ์สุ่มจากประชาชนที่ได้รับผลประโยชน์จากโครงการทั้งในสถานบริการและในชุมชนตรวจเอกสารหลักฐาน และการตรวจฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS Hos.xp

**2.2 เครื่องมือ ได้แก่ แบบ Checklist** KQA**/ ใบSCARs**

1.แบบตรวจสอบรายการ Checklist

2.แบบประเมินผลการปฏิบัติการราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

3.ใบคำขอให้แก้ไข (SCARs)

**2.3หน่วยประเมิน**

โดยประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสุขภาพตำบลจำนวน 9 แห่ง โรงพยาบาลห้วยเม็กคปสอ.ห้วยเม็กและหมู่บ้านต้นแบบเป้าหมายยุทธศาสตร์ปี 2559 หมู่บ้านต้นแบบ 3 ดีสถานบริการละ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 10 หมู่บ้าน

**2.4ระยะเวลาประเมิน**

รอบที่ 1ประเมินระหว่างวันที่ 8, 11, 18-20 เมษายน 2559 รวมระยะเวลา 5 วัน

รอบที่ 2 ประเมินระหว่างวันที่ 25 - 29 กรกฎาคม 2559 รวมระยะเวลา 5 วัน

**ส่วนที่ 3**

**รายงานผลการติดตามและประเมินผล**

**3.1 ข้อค้นพบจากการติดตามและประเมินผลกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์**

**3.1.1) ความสมดุลตามหลัก ADLI และ LeTCLi**

กระบวนการวางแผน (Planning)

พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยเม็กได้มีการจัดทำแผนโดยใช้กระบวนการจัดทำแผนชุมชนโดยมีการประชุมประชาคมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และมีการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ชุมชน เพื่อจัดทำแผนบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการ และชุมชนในปี 2559ซึ่งบูรณาการกับโครงการชุมชนห้วยเม็กเป็นชุมชนแห่งความสุขมีวัฒนธรรมสุขภาพ และวิถีสุขภาวะที่เข้มแข็ง ยั่งยืนด้วยกลไกกาฬสินธุ์ 3 ดี และ DHS ปี2559โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานแบบบูรณาการอำเภอห้วยเม็ก ปี 2559โครงการชาวห้วยเม็กทุกกลุ่มวัยและกลุ่มคนพิการได้รับบริการส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ ที่มีมาตรฐานและส่งผ่านสู่กลุ่มวัยอย่างมีคุณภาพโครงการชาวห้วยเม็กร่วมใจ ลดโรค ลดภัย ปี2559มีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลสัมฤทธิ์ที่ต้องการอย่างชัดเจน สอดคล้องกับภารกิจ ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สภาพปัญหาของพื้นที่ วัฒนธรรมองค์กร โดยมีการกำหนดตัวชี้วัด ผู้รับผิดชอบ จัดสรรทรัพยากร ระยะเวลาการดำเนินงาน และมีการวางแผนถึงรูปแบบวิธีการประเมินผลไว้อย่างชัดเจน มีแหล่งระดมทุน/ทรัพยากร จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น,โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล,งบพัฒนาจังหวัด งบจาก สปสช.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อ คณะกรรมการพัฒนาระบบหมอครอบครัว กำหนดผู้รับผิดชอบโครงการชัดเจน มีแผนพัฒนาบุคลากร แผนการพัฒนาสถานบริการสุขภาพทุกระดับรวมทั้งสุขศาลาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีการสนับสนุนเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการบริการแบบพอเพียง มีการจัดโครงสร้างการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบและแต่งตั้งคณะทำงาน/คณะกรรมการ องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนบริหารจัดการ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำชุมชน นักจัดการสุขภาพ กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตัวแทนผู้รับบริการเป็นต้น

การปฏิบัติตามแผน (Do)

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยเม็กมีการดำเนินงานตามแผนงานทุกขั้นตอนโดยผู้ที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่คาดหวังด้วยความรับผิดชอบ เห็นความสำคัญและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของงานมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องมีการดำเนินงานตามแผนงานครอบคลุมทุกขั้นตอนทุกประเด็น คือ มีการถ่ายทอดและอธิบายสื่อความเข้าใจในแผนงานให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจ มีการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน มีการปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้ทุกขั้นตอน มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานคุณภาพศูนย์ประสานการส่งต่อ ในระดับ คปสอ. มีกิจกรรมเสริมสร้างบรรยากาศในการทำงานการพัฒนาคุณภาพเช่นการอบรมพัฒนาศักยภาพหมอครอบครัว การศึกษาดูงาน การซ้อมแผน มีการพัฒนาระบบส่งต่อ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างมีความสุขการจัดกิจกรรมบริการในสุขศาลา มีการจัดกิจกรรมบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ กิจกรรมเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้ ในชุมชนที่ครอบคลุม ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน เช่นการออกกำลังกายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารการใช้อินทรีย์สาร/ลดการใช้สารเคมีในการเพาะปลูกการเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในชุมชน การรณรงค์ด้านสุขภาพที่สำคัญเช่น การเลิกสุรา บุหรี่ การลดอุบัติเหตุ และจัดกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันโรคตามฤดูกาล การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อหอกระจายข่าวอย่างต่อเนื่องมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการในสุขศาลาที่เหมาะสม

การประเมินผล (Check)

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยเม็กได้มีการประเมินตนเองโดยใช้แบบฟอร์มChecklist Score cardของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ซึ่งเป็นการประเมินผลโดยทีมประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์คปสอ.ห้วยเม็กซึ่งพบว่าสถานบริการในสังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยเม็กได้มีการดำเนินงานได้ครบ 29 กิจกรรมทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(Kalasin Quality Award : KQA )

การประเมินผลการดำเนินงานในสุขศาลา ใช้เกณฑ์มาตรฐานสุขศาลากาฬสินธุ์ โดยทีมประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ พบว่าในหมู่บ้านเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ปี 2559 สถานบริการละ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 10หมู่บ้านได้มีการดำเนินงานเทียบค่าคะแนน ระดับ 5 ทุกหมู่บ้าน

การปรับปรุงและพัฒนา (Action)

พบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยเม็กมีการติดตามและประเมินผลโดยใช้ข้อมูลจริงและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการ CBL ทั้งในสถานบริการและในชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้สุขศาลาเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน และใช้สถานการณ์จริงในชุมชนเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนางานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และมีการพัฒนาศักยภาพหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และในกลุ่ม อสม. ได้รับการอบรม หลักสูตรอสม.นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปี 2559 แต่ในบางพื้นที่บางแห่งยังขาดการติดตามของเจ้าหน้าที่ ในการจัดบริการในสุขศาลา

การสังเคราะห์และกำหนดมาตรฐาน(Standard)

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยเม็กได้กำหนดแนวทางในการดูแลโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่อย่างชัดเจน โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรควัณโรคมีและใช้แนวทางการปฏิบัติระบบการส่งต่อ รายกรณี รายโรค (CPG) ในการดูแลโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์ และกลุ่มเป้าหมายสำคัญ และช่องทางการส่งต่อตามแผนการพัฒนา Service Plan (Node) ในชุมชนมีนวัตกรรมชุมชน เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน และตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และกำหนดแนวทางการดำเนินงาน

**3.1.2) การส่งผลลัพธ์ของเป้าประสงค์**

ตามจุดยืนที่ 1คือ สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ทุกระดับของจังหวัดกาฬสินธุ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด(Kalasin Quality Award : KQA ) ในการจัดระบบบริการป้องกัน ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และโรควัณโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อตอบสนองปัญหาของพื้นที่สถานบริการมีแนวปฏิบัติที่ดีในระดับจังหวัด สถานบริการมีระบบ และมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด จนสามารถลดปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม เป็นที่พึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการมีหมอครอบครัว และจัดระบบบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ จนมีนวัตกรรมแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางในการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพสถานบริการละ 1เรื่อง ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับบริการที่มีคุณภาพและครอบคลุม มีสุขศาลาของหมู่บ้านที่ผ่านมาตรฐานสุขศาลากาฬสินธุ์ตามข้อกำหนดทางยุทธศาสตร์(Criteria) จะพบว่ามีหลายประเด็นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยเม็ก มีกระบวนการบริหารจัดการที่เป็นเลิศอันจะนำสู่การเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เป็นต้น

และตามจุดยืนที่ 2คือพัฒนาและจัดระบบบริการที่ดีขึ้นมีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ (Service Plan / Better management)แบบบูรณาการเชื่อมโยงและไร้รอยต่อ(Network seamless)คปสอ.ห้วยเม็กได้มีการกำหนดมาตรการ เพื่อพัฒนาระบบบริการที่ดีขึ้น Better Serviceตามแนวทาง“ได้พบหมอ รอไม่นาน อยู่ใกล้ไกลได้ยาเดียวกัน”ในทุกหน่วยบริการ ดังนี้

**ได้พบหมอ** มีมาตรการดังนี้

1. จัดเครือข่ายบริการในระดับรพ.สต.โดยแบ่งตามประชากรจัดให้มีแม่ข่าย (Node)ลูกข่ายร่วมดำเนินงาน
2. สร้างความตระหนักแก่ประชาชนต่ออาการเตือนของโรคฉุกเฉินเร่งด่วน
3. ประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อการเข้าถึงบริการ พัฒนาระบบเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร 1669
4. จัดระบบ Fast Track 6 กลุ่มโรคสำคัญ STEMI/Stroke/Trauma/NB/HRP/Sepsis
5. จัดระบบแยกกลุ่มผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ทุกราย

**รอไม่นาน** มีมาตรการดังนี้

1. ขยายเวลาบริการนอกเวลาราชการมีคลินิกนอกเวลาในระดับโรงพยาบาลร่วมกับ ER มีแพทย์ตรวจรักษา ให้บริการ ระดับ รพ.สต.มีคลินิกนอกเวลาช่วงเช้าหรือเย็นตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่
2. จัดให้มีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ออกให้บริการ ใน รพ.สต.
3. จัดหน่วยบริการร่วมกับชุมชน จัดบริการสาธารณสุขให้กับประชาชน
4. จัดทีมออกเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพ
5. กำหนดเวลาการดำเนินงานตรงเวลา
6. ปรับตารางการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละห่วงเวลาและพื้นที่
7. พัฒนาระบบนัดหมาย เพื่อกระจายผู้ป่วย
8. จัดให้มีบัตร OPD card ให้พร้อมเมื่อผู้ป่วยมาตามนัด
9. จัดบริการนอกเวลา /นอกสถานที่ เช่น ในกรณีรอคิวผ่าตัด หรือ ตรวจพิเศษนาน

**อยู่ใกล้ไกลได้ยาเดียวกัน**มีมาตรการดังนี้

1. ดำเนินการให้มียาโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกันในระดับอำเภอ
2. จัดให้มีระบบการกระจายยาเฉพาะทางไปที่ รพ.สต.แม่ข่าย (Node)
3. จัดบริการส่งยาเชิงรุกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยากต่อการเข้าถึงบริการ (ขยายการให้บริการในหมู่บ้านต้นแบบโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) 3 หมู่บ้าน/ตำบล

**3.2. การประเมินผลสัมฤทธิ์**

3.2.1) ลูกค้าของเป้าประสงค์ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคีเครือข่าย ประชาชน มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนโดยมีการจัดทำแผนงานโครงการร่วมกัน ในด้านผลที่เกิดขึ้นจากการบริการในสุขศาลาชุมชนได้ประโยชน์จากการรักษาและปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นการดูแลกันเองในชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การระดมทุนจากชาวบ้านในการจัดทำผ้าป่าในการจัดทำโครงการหรือจัดตั้งสุขศาลา การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพและท้องถิ่นในการจัดทำโครงการและการพัฒนาสุขศาลาในด้านผลที่เกิดขึ้นจากการบริการ เช่น การได้รับบริการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขรวมทั้งระบบส่งต่อที่เข้าถึงได้ง่ายรวมทั้งระบบการดูแลโดยหมอครอบครัวสามารถลดช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนและการสร้างการมีส่วนร่วมโดยการมีจิตอาสาในชุมชนเข้ามาช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

3.2.2) คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดต่อชุมชนและลูกค้า ปรากฏผลดังนี้

1) ชุมชนได้ดูแลสุขภาพกันเอง อันจะนำสู่การพึ่งตนเอง

2) ประชาชนได้รับรู้และเรียนรู้การดูแลสุขภาพ

3) เกิดความร่วมมือของท้องถิ่น ชุมชน ในการจัดการสุขภาพ

4) มีการนำข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชน มาวิเคราะห์และจัดทำแผนร่วมกัน

5)สถานบริการมีแนวปฏิบัติที่ดี

6)ประชาชนได้รับการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ

7)เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสุขในการปฏิบัติงาน

8)มีระบบส่งต่อที่เข้าถึงง่าย

9)มีหมอครอบครัวประจำครัวเรือนที่มีศักยภาพทุกครัวเรือน

**3.3สิ่งที่เป็นปฏิปักษ์ต่อผลลัพธ์ของเป้าประสงค์และการจัดการอย่างเหมาะสม**

1.การขาดความต่อเนื่องในการบริหารงานของทีมบริหารจัดการระดับอำเภอ

2.ความล่าช้าของการสนับสนุนงบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากเงื่อนไข ระยะเวลา

3.ชุมชนยังไม่สามารถพัฒนาแผนงานโครงการสู่การพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่ชัดเจน เนื่องจาก ขาดองค์ความรู้ และขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เพื่อเทียบเคียงกับหมู่บ้านหรือชุมชนอื่น

4.ขาดความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมและการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการ

พัฒนารูปแบบบริการในสุขศาลาและการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

**3.4 Best Practice ของ Goal**

**MDR ที่ท้าทาย**

ผู้ป่วยชาย TB Lung รับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก ครบ 6 เดือน ระหว่างการรักษาผลตรวจ AFB Positive ตลอด และส่งผลเพาะเชื้อที่ สคร.7 ขอนแก่น ผลดื้อยา INH 1 , Rifam และ Etam ขณะรอผลเพาะเชื้อได้ส่งตัวผู้ป่วยรับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวินิจฉัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วย MDR โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จึงประสานโรงพยาบาลห้วยเม็กเพื่อให้ติดตามคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน และติดตามรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจึงได้ประสานทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัช พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อวางแผนการการดูแลและออกติดตามการรักษาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเป็นคนดื้อและมีอัตตาในการใช้ชีวิตสูง มักไม่กินยาและไม่มาฉีดยาตามที่แพทย์สั่งโดยให้เหตุผลว่าเหนื่อยเพลียไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ ทีมจึงตกลงกันว่าจะให้พยาบาลผู้รับผิดชอบใน รพ.สต.ออกมาฉีดยาให้คุณตาที่บ้านจันทร์ – ศุกร์ และให้ผู้ป่วยมาฉีดที่ รพ.วันเสาร์- อาทิตย์ และวันที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ไม่อยู่

ต่อมา รพ.กาฬสินธุ์นัด F/U ผลตรวจ AFB ยัง Positive หมอจึงได้ปรับยา เป็น Drip Levoflox 750 mg OD และกินยาต่อที่บ้านโดยให้มา Drip ยาที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก อยู่มาวันหนึ่งคุณตาก็ไม่มาอีกตามเคยจึงได้ประสาน รพ.สต.ให้ออกติดตามคุณตาพบว่าคุณตามีอาการเหนื่อยมากไม่สามารถมา Drip ยาที่โรงพยาบาลห้วยเม็กได้ทีมจึงออกเยี่ยมและหาแนวทางอีกครั้งเจ้าหน้าที่จึงหาแนวทางร่วมกันและตัดสินใจว่าจะให้พยาบาลที่ รพ.สต. มา Drip ยาให้คุณตาที่บ้านซึงทุกฝ่ายต่างตกลง อยู่มาวันหนึ่งเจ้าหน้าที่ต้องไปประชุม 1 สัปดาห์ จึงได้ประสานทีมโรงพยาบาลและไปแจ้งผู้ป่วยไว้ว่าตนจะไม่อยู่ ให้คุณตาไป Drip ยาที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก ทางโรงพยาบาลก็รอแล้วรอเล่าคุณตาก็ไม่มา จึงรีบออกติดตามคุณตาเป็นการด่วนพบว่าผู้ป่วย Drip ยาเองที่บ้านเนื่องจกผู้ป่วยไม่เอายาที่รับมาจาก รพ.กาฬสินธุ์มาไว้ที่โรงพยาบาล ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง ทีมได้ติดตามเยี่ยมคุณตาอีกหลายครั้งพบว่าคุณตายังใช้ชีวิตปกติโดยไม่สนใจคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และผลที่จะเกิดกับคนรอบข้าง แกยังไปวัด ไปทำกิจกรรมในที่ชุมชน และทำตัวปกติพยายามปกปิดไม่ให้ใครรู้ว่าแกป่วย ในด้านการรักษา ได้รับการประสานจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์สงสัยว่าผู้ป่วยจะเป็น XDR โรงพยาบาลห้วยเม็กจึงได้เรียกประชุมทีมผู้เกี่ยวข้องระดับอำเภอเพื่อวางแผนและมาตรการในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น การทบทวนพบว่าผู้ป่วยเป็นข้าราชการครูเกษียณ มีผู้นับหน้าถือตาในสังคม มีอัตตาในการใช้ชีวิตสูง และมีนิสัยดื้อรั้น จึงยากแก่การเข้าถึงทีมจึงตกลงกันประสานพยาบาลจิตเวชเพื่อมาประเมินสภาพจิตผู้ป่วยค้นหาปมปัญหาในใจของผู้ป่วยจนทราบว่า แกมีความคับข้องใจในการรับบริการ พยาบาลจิตเวชจึงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจนผู้ป่วยเข้าใจ และยอมนำเสมหะมาตรวจเพาะเชื้อใน 3 วันต่อมา และยอมกักบริเวณอยู่ในบ้านในระหว่างที่รอผลตรวจจาก สคร. เขต 7 ขอนแก่น

ผู้ป่วยรายนี้นับเป็นกรณีศึกษาที่ท้าทายและน่าสนใจเป็นอย่างยิ่งในเรื่องของกระบวนการดูแลต้องได้รับการประสานงานกันระหว่างเครือข่าย และทีมสหวิชาชีพครบทุกวิชาชีพเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยทั้งนี้ความสำเร็จในการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของทีมเพียงอย่างเดียว หากแต่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

**3.5 สรุปผลการประเมินตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **สรุปภาพรวมตัวชี้วัดเป้าประสงค์ที่ 2** | |  |  |  |  |
| **ตัวชี้วัด** | | **ค่าคะแนน** | **น้ำหนัก** | **คะแนน\*น้ำหนัก** |  |
| **ตัวชี้วัดที่ ๑ :** ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพมาตรฐานทั้งระบบของเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่จังหวัดกำหนด (KQA)ในการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาที่สำคัญ โดยยึดหลักการทำงานแบบบูรณาการใช้ชุมชนเป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง | | **5** | **5** | 25 |  |
| **ตัวชี้วัดที่ 2.**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลา | | **5** | **3** | 15 |  |
| **ตัวชี้วัดที่ 3 :** ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน FCT | | **5** | **5** | 25 |  |
| **ผลรวม ของทุกตัวชี้วัด** | | **15** | **13** | **75** |  |
| **สรุป ผลการประเมินภาพรวมได้ 75 คะแนน = ระดับ 5** | |  |  |  |  |
| **เกณฑ์การประเมินให้คะแนน ภาพ Cup** โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ | | | | | |
| **ระดับคะแนน** | **ผลรวมทุกตัวชี้วัด (คะแนน X น้ำหนักการดำเนินงาน)** | | | | |
| 1 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ต่ำกว่า 39.00 | | | | |
| 2 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ระหว่าง 39.00-45.49 | | | | |
| 3 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ระหว่าง 45.50-51.99 | | | | |
| 4 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ระหว่าง 52.0-58.49 | | | | |
| 5 | หน่วยงานดำเนินการได้คะแนนถ่วงน้ำหนักเท่ากับ 58.50 ขึ้นไป | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เครื่องมือประเมินผลการดำเนินงาน** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **จัดทำคุณภาพมาตรฐานในการจัดการโรคและภัยสุขภาพสำคัญของจังหวัด (6โรค 1 ภัย)ตามเกณฑ์คุณภาพที่จังหวัดกำหนด KQA (Kalasin Qaulity Award)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ปี 2559 คปสอ....ห้วยเม็ก......อำเภอ......ห้วยเม็ก.......จังหวัดกาฬสินธุ์** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **เกณฑ์การกรอกคะแนน 1 = ดำเนินการเสร็จครบเรียบร้อย, 0.5 = มีการดำเนินการแต่ยังไม่แล้วเสร็จครบ, 0 = ไม่มีผลการดำเนินการ**  **จุดยืนที่ 1 ตัวชี้วัดที่ 2.1 KQA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
| **หมวด P ลักษณะสำคัญขององค์กร** | | | **5** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **5** | |
| 1 | | ทบทวนวิเคราะห์ ลักษณะสำคัญขององค์กร ได้แก่ คน เงิน ของ | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 2 | | บทบาทภารกิจขององค์กร | 1.5 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1.5 | |
| 3 | | บริบทของพื้นที่ในการจัดการโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ | 1.5 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1.5 | |
| **หมวด 1 หมวดการนำองค์กร** | | | **10** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **10** | |
| 4 | | ผู้บริหารขององค์กรที่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ (ต้องมีการระบุในการจัดการ 6 โรค 1 ภัย) | 4 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 | |
| 5 | | การสื่อสารถ่ายทอด Deploy สู่การปฏิบัติ ในการจัดการ 6 โรค 1 ภัย | 3 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 3 | |
| 6 | | ผู้บริหารขององค์กร สนับสนุนทรัพยากรการดำเนินการ | 3 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 3 | |
| **หัวข้อที่** | **กิจกรรมดำเนินงาน** | | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
| **หมวด 2 การวางแผนยุทธศาสตร์** | | | **10** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **10** | |
| 7 | | กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 8 | | วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายและครอบคลุม ข้อมูลพื้นฐานของ คปสอ. | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 9 | | การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 10 | | การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 11 | | การคาดการณ์ การวัดผล และติดตามความก้าวหน้า | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| **หมวด 3 ลูกค้า ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้เสีย** | | | **10** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **10** | |
| 12 | | การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังและกำหนดแนวทางตอบสนองของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม (6 โรค 1 ภัย) | 2.5 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2.5 | |
| 13 | | การสร้างความสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อ การจัดการคำร้องเรียน | 2.5 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2.5 | |
| 14 | | การประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ การนำมาปรับปรุง (มีการประเมินและปรับปรุงอย่างน้อย 1 เรื่อง) | 3 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 3 | |
| 15 | | การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยทั่วไป | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
| **หมวด 4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้** | | | **10** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **10** | |
| 16 | | ระบบการวัดผลการดำเนินงานยุทธศาสตร์ | 2.5 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2.5 | |
| 17 | | การจัดการเทคโนโลยีและสารสนเทศ | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 18 | | การวิเคราะห์ข้อมูลและการทบทวนผลการดำเนินงาน | 3 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 3 | |
| 19 | | มีการดำเนินการจัดการความรู้ตามเกณฑ์ PMQA เกิดผลงาน (CQI, KM, R2R, วิจัย) นำมาพัฒนาระบบงาน 6 โรค 1 ภัย | 2.5 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2.5 | |
| **หมวด 5 บริหารทรัพยากรบุคคล :** | | | **5** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **5** | |
| 20 | | สมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน | 1.5 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1.5 | |
| 21 | | สิ่งแวดล้อมบรรยากาศการปฏิบัติงาน | 1.5 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1.5 | |
| 22 | | ประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของผู้ให้บริการ | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| **หมวด 6 การจัดกระบวนการ** | | | **30** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **30** | |
| 23 | | **กระบวนการสร้างคุณค่า** | | | | | | | | | | | | | | |
| มีการดำเนินงานตามกระบวนการสร้างคุณค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ | **10** | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 10 | |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
|  | | 1.การจัดทำ Flow chartการดูแลผู้ป่วยรายโรค แต่ละระดับการบริการอ้างอิงตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย 6 ขั้นตอน หรือมาตรฐานของรพ.สต. สุขศาลา, CPG ในการดูแลรายโรคเชื่อมโยงทุกระดับ |  | | √ | √ | √ | | √ | √ | √ | √ |  | |  | |
| 2.มีการออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร/เครือข่าย |  | | √ | √ | √ | | √ | √ | √ | √ |  | |  | |
| 3.มีการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ ใช้ความร่วมมือและศักยภาพของเครือข่ายเพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องของการให้บริการ เมื่อเกิดปัญหาขึ้น |  | | √ | √ | √ | | √ | √ | √ | √ |  | |  | |
| 4..สาธารณสุขอำเภอมีกระบวนการสนับสนุนที่สร้างคุณค่าให้แต่ละรายโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในด้านใดและอย่างไร |  | | √ | √ | √ | | √ | √ | √ | √ |  | |  | |
| 24 | | **กระบวนการสนับสนุน** | | | | | | | | | | | | | | |
| มีการดำเนินงานตามกระบวนการสนับสนุนตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ | **10** | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 10 |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
|  | | ·       รายโรควิเคราะห์กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญอย่างน้อย 1 กระบวนการ (เช่นระบบ IC, ระบบยา, ระบบส่งต่อ, ระบบสารสนเทศ เป็นต้น) มีความเกี่ยวข้องอย่างไร ข้อดี ข้อด้อยของกระบวนการสนับสนุนนั้นๆ และแนวทางในการพัฒนากระบวนการสนับสนุน |  | | √ | √ | √ | | √ | √ | √ | √ |  | |  | |
| ·       CQI ของกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ ส่งผลต่อการบริหารจัดการรายโรค |  | | √ | √ | √ | | √ | √ | √ | √ |  | |  | |
| 25 | | กระบวนการดูแลผู้ป่วย • มีกระบวนการดูแลที่สอดคล้องปัญหาของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ความปลอดภัย การเข้าถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในทุกขั้นตอนของการดูแล | **10** | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 10 | |
| 26 | | การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน และท้องถิ่น |  | | √ | √ | √ | | √ | √ | √ | √ |  | |  | |
| **หมวด 7 ผลลัพธ์** | | | **20** | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | **17.86** | |
| 27 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 1 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | : ระดับความเชื่อมั่นของทีมนำในการนำของคณะกรรมการ คปสอ. | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 28 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| **หัวข้อที่** | | **กิจกรรมดำเนินงาน** | **น้ำหนัก (ร้อยละ)** | | **ผลการดำเนินงาน 6 โรค 1 ภัย** | | | | | | | | **ค่าเฉลี่ย** | | **ค่าเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | |
| **DM** | **HT** | **TB** | | **Stroke** | **Stemi** | **OV/CCA** | **ภัยสุขภาพ** |
|  | | : ระดับการรับรู้ของบุคลากรในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 29 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| : ระดับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ (เกณฑ์ความ พึงพอใจที่กำหนด อย่างน้อยร้อยละ 85 เกณฑ์ > 85 = 5 คะแนน ) | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | |
| 30 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| : มี Explicit Knowledge 6 โรค 1 ภัย ระดับ CUP | 4 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 | |
| 31 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| : ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ 6 โรค 1 ภัย อย่างน้อยร้อยละ 70 | 4 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 | |
| 32 | | ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการหมวด 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละความสำเร็จเฉลี่ยตามตัวชี้วัดรายโรค 6 โรค 1 ภัย **(ตามที่กำหนดตัวชี้วัดไว้ในหมวด 4)** | 6 | | 1 | 1 | 0.5 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.93 | | 5.58 | |
|  | | **รวม** | **100** | | **ผลรวมของค่าคะแนนเฉลี่ย\*น้ำหนัก** | | | | | | | |  | | **99.58** | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | **ระดับความสำเร็จ** | | | **5** | |
|  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
|  | | **เกณฑ์การประเมินให้คะแนน CUP เทียบระดับความสำเร็จ** | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| **ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก** | | | | | | **ระดับ** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก **ต่ำกว่า 60** | | | | | | **1** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก **60.00-69.99** | | | | | | **2** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก  **70.00-79.99** | | | | | | **3** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก **80.00-89.99** | | | | | | **4** |  | |  |  |  |  |  | |  | |
| CUP มีการดำเนินงานได้ผลรวมของค่าแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก  **90.00-100** | | | | | | **5** |  | |  |  |  |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **จุดยืนที่ 2 ตัวชี้วัดที่ 2.2 ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์ของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลา**  แบบสรุปผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลา | | | | | |
| **ลำดับ** | **ชื่อ ตำบล และ รพ.สต.ที่รับผิดชอบ** | **สุขศาลาทั้งหมด (แห่ง)** | **สุขศาลผ่านเกณฑ์คุณภาพ** | | **สรุปผล ผ่าน = 1 ไม่ผ่าน = 0** |
| **ระดับทอง (แห่ง)** | **ระดับเพชร (แห่ง)** |
| 1 | ตำบลกุดโดน รพ.สต.กุดโดน | 13 | 1 แห่ง  - คำปะโอ ม.9 | 2 แห่ง  - หนองแวงดง ม.4  - กุดโดน ม.10 | 1 |
| 2 | ตำบลคำใหญ่ รพ.สต.คำใหญ่ | 12 | 2 แห่ง  - ห้วยยาง ม.5  - ห้วยม่วง ม.6 | 1 แห่ง  - ชัยศรี ม.3 | 1 |
| 3 | ตำบลบึงนาเรียง  รพ.สต.หนนองบัว | 7 | 1 แห่ง  - น้อยนางนวล ม.1 | 2 แห่ง  - นาสีนวล ม.2  - ยางเนียม ม.3 | 1 |
| 4 | ตำบลหัวหิน รพ.สต.ห้วยมะทอ | 8 | 2 แห่ง  - หนองโน ม.3  - หนองโน ม.7 | 1 แห่ง  - โคกกลาง ม.1 | 1 |
| 5 | ตำบลพิมูล รพ.สต.พิมูล | 4 | 2 แห่ง  - พิมูล ม.2  - โนนพิมาน ม.3 | 1 แห่ง  - เดชอุดม ม.1 | 1 |
| 6 | ตำบลคำเหมือดแก้ว  รพ.สต.คำเหมือดแก้ว | 9 | 3 แห่ง  - โนนสิลาอาสน์ ม.2  - ป่าหวาย ม.4  - คำมะโฮ ม.7 | ไม่มี | 0 |
| 7 | ตำบลโนนสะอาด  รพ.สต.โนนขี้ควง | 7 | 1 แห่ง  - โนนขี้ควง ม.3 | 2 แห่ง  - โนนสวัสดี ม.1  - ท่าวัด ม. 5 | 1 |
| 8 | ตำบลทรายทอง รพ.สต.ทรายทอง | 6 | 2 แห่ง  - ครองทรัพย์ ม.4  - ทรายทอง ม.5 | 1 แห่ง  - หนองแก ม.6 | 1 |
| 9 | ตำบลพิมูล รพ.สต.หาดทรายมูล | 3 | 2 แห่ง  - หาดทรายมูล ม.4  - หาดทรายมูล ม.6 | 1 แห่ง  - หาดทรายมูล ม.5 | 1 |
| 10 | ตำบลห้วยเม็ก PCU ห้วยเม็ก | 15 | 1 แห่ง  - กุดท่าลือ ม.12 | 2 แห่ง  - พนมทอง ม.7  - รุ่งอรุณ ม.14 | 1 |
|  | **รวม** | **84** | **17** | **13** | **9** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน (B)\*100 =ร้อยละ…………. | | | | | | | | | | | |
|  | | (A) | | | | | | | | | |
| จำนวนตำบลที่สุขศาลาที่ผ่านเกณฑ์ระดับทอง1แห่งและเพชร1แห่ง\*100 | | | | = 9\*100 ร้อยละ…90.00…. | | | | | |
| จำนวนตำบลทั้งหมด | | | | 10 | | | | |  | |
| **เครื่องมือประเมิน** | | | | | |  |
| **ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์ของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลา** | | | | | |  |
| **ลำดับ** | | **เกณฑ์ KPI** | | | **เกณฑ์การให้คะแนน** |  |
| 1 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ต่ำกว่าร้อยละ 60 | | | 1 |  |
| 2 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ร้อยละ 60-69.99 | | | 2 |  |
| 3 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ร้อยละ 70-79.99 | | | 3 |  |
| 4 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ร้อยละ 80-89.99 | | | 4 |  |
| 5 | | ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขศาลาการรับรอง เป็นระดับ เพชร 1 แห่งและผ่านการรับรอง เป็นระดับ ทอง 1 แห่ง ร้อยละ 90 ขึ้นไป | | | 5 |  |
|  | |  | | |  |  |
| **สรุปผลการประเมิน สุขศาลาผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน (คะแนน1-5) = 5** | | | | |

**จุดยืนที่ 3 ตัวชี้วัดที่ 2.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน FCT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การให้คะแนน** | |  |
| **ระดับ** | **เกณฑ์** |  |
| **1** | : มีการจัดโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน |  |
| **2** | ผ่านระดับ 1 ทีมหมอครอบครัวได้รับการพัฒนาทักษะ สมรรถนะการให้บริการ ด้านการดูแลทุกกลุ่มวัย (โรค DM, HT, TB STOKE, STEMI มะเร็ง OV/ CCA) |  |
| **3** | ผ่านระดับ 2 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้บริการผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพระดับอำเภอ |  |
| **4** | ผ่านระดับ 3 สรุปถอดบทเรียนสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ในรูปแบบ เรื่องเล่า CQI R2R วิจัย นวัตกรรม |  |
| **5** | ผ่านระดับ 4 ผลลัพธ์การดูแลกลุ่มเป้าหมายพึ่งพิงที่จะต้องได้รับการดูแล ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างน้อย 60 % |  |
|  |  |  |
|  | **ผลคะแนนการดำเนินงาน FCT ภาพ CUP (คะแนนระดับ 1-5) = 5** |  |

**ส่วนที่ 4**

**ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อปรับกลยุทธ์/โครงการและการสนับสนุนทางการบริหาร**

**ของคปสอ.ห้วยเม็กรอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2559**

**กระบวนการวางแผน (P : Plan)**

1.ควรส่งเสริมให้สถานบริการและชุมชนจัดทำแผนโดยใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์สุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของพื้นที่ต่อเนื่องทุกปี โดยกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานที่ต้องการในอนาคตไห้ชัดเจน

2.มีการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งจากการสำรวจในชุมชนมีการใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆมาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของบริบทชุมชน เช่น การทำแผนที่เดินดิน เป็นต้น และควรมีการนำปัญหาจากหน่วยบริการปฐมภูมิมาใช้ในการวิเคราะห์ชุมชนเพื่อใช้ในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและการวางแผนการให้บริการในสุขศาลา

3.ควรมีการกำหนดระยะเวลาและวิธีประเมินผล ไว้อย่างชัดเจน และมีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้

**การปฏิบัติตามแผน (D : DO)**

1.นำแผนที่ได้มาถ่ายทอดและอธิบายสื่อความเข้าใจให้ประชาชนในชุมชนได้รับรู้และส่งเสริมให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการระดมทุน/ทรัพยากรที่เหมาะสม การดำเนินงานตามแผนชุมชน และขั้นตอนที่กำหนดไว้

**การประเมินผล (C : Check)**

1.ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ เพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้ดีขึ้น

**การปรับปรุงและพัฒนา (A : Action)**

1.นำผลการประเมินแต่ละครั้งมาจัดเวทีหรือประชุมสรุปบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ตั้งไว้แล้วนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นด้วย

2.นอกจากการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแล้ว หมอครอบครัวต้องใฝ่เรียนรู้แสวงหาความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

**­การสังเคราะห์และกำหนดมาตรฐาน (S : Standard)**

1.แสวงหาBest Practiceหรือสร้างนวัตกรรมจากบทเรียนผลการดำเนินงานและมีผลสำเร็จในการพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม

2.ควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยจากความสำเร็จ การพัฒนาผลงานที่เป็นเลิศจากการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อคงสภาพหรือรักษามาตรฐานไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการและดูแลสุขภาพของคนในชุมชนได้ต่อไป