**สรุปรายงาน**

**ผลการติดตามและประเมินผลกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์**

**เป้าประสงค์ที่ ๕ ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขมีความเป็นเลิศ ทันสมัย บุคลากรมีสมรรถนะสูง และมีความสุข บนฐานวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมที่เข้มแข็ง**

**ตัวชี้วัดที่ ๕ : ระดับความสำเร็จของระบบบริหารจัดการ ที่มีธรรมาภิบาล ความเป็นเลิศ ทันสมัย บุคลากรมีสมรรถนะสูง และมีความสุขบนฐานวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมที่เข้มแข็ง**

**โดย**

นายอรรคเดช อรรคเศรษฐัง

นายสุลักษณ์ เสนาวุฒิ

นางจิรประภา ประคำ

นายจรูญ แลโสภา

นายครรชิต ศรีบรรเทา

นางนิภารัตน์ เฉิดรัศมี

นายเวนิส เฉยฉิว

**รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙**

**หน่วยงาน คปสอ.ดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์**

**ส่วนที่ ๑**

**บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summery)**

**เป้าประสงค์ที่ ๕ ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขมีความเป็นเลิศ ทันสมัย บุคลากรมีสมรรถนะสูง และมีความสุข บนฐานวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมที่เข้มแข็ง**

**นิยามเป้าประสงค์ (Goal Meaning)**

           **ธรรมาภิบาล คือ** การจัดระเบียบให้สังคมรัฐ มีความสมดุล สามารถอยู่ร่วมกันโดยสงบสุข มีความรู้รักสามัคคีและร่วมกันเป็นพลัง ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและเป็นส่วนเสริมความเข้มแข็งหรือสร้างภูมิคุ้มกัน เพื่อบรรเทาป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบในวงราชการหรือแก้ไขเยี่ยวยาภาวะวิกฤต สังคมจะรู้สึกถึง ความยุติธรรม ความโปร่งใส และความถูกต้องชอบธรรมทั้งปวง  
  
     หลักพื้นฐานของการสร้างธรรมาภิบาลมีองค์ประกอบ ๖ ประการ คือ  
               (๑) หลักนิติธรรม ได้แก่ การตรากฎหมาย กฎข้อบังคับต่างๆ ให้ทันสมัยและเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของสังคม และสังคมยินยอมพร้อมใจปฏิบัติตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับเหล่านี้ โดยถือว่าเป็นการปกครองภายใต้กฎหมายมิใช่ตามอำเภอใจหรืออำนาจของตัวบุคคล  
               (๒) หลักคุณธรรม ได้แก่ การยึดมั่นในความถูกต้องดีงาม โดยรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐยึดหลักนี้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นตัวอย่างแก่สังคมและส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาตนเองไปพร้อมกัน เพื่อให้คนไทยมีความซื่อสัตย์ จริงใจ ขยัน อดทน มีระเบียบวินัย ประกอบอาชีพสุจริตเป็นนิสัยประจำชาติ  
               (๓) หลักความโปร่งใส ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในชาติ โดยปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กรทุกวงการให้มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกและมีกระบวนการให้ประชาชนตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนได้  
               (๔) หลักความมีส่วนร่วม ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และเสนอความเห็น ในการตัดสินใจปัญหาสำคัญของประเทศ ไม่ว่าด้วยการแจ้งความเห็น การไต่สวนสาธารณะ การแสดงประชามติ หรืออื่นๆ  
               (๕) หลักความรับผิดชอบ ได้แก่ การตระหนักในสิทธิหน้าที่ ความสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม การใส่ใจปัญหาสาธารณะของบ้านเมืองและกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา ตลอดจนการเคารพในความเห็นที่แตกต่างและความกล้าที่จะยอมรับผลจากการกระทำของตน  
               (๖) หลักความคุ้มค่า ได้แก่ การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม โดยรณรงค์ให้คนไทยมีความประหยัดใช้ของอย่างคุ้มค่า สร้างสรรค์สินค้า และบริการที่มีคุณภาพสามารถแข่งขันได้ในเวทีโลก และรักษาทรัพยากรธรรมชาติให้สมบูรณ์ยั่งยืน

การใช้หลักธรรมาภิบาล ทำให้องค์การสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานได้ อีกทั้งยังเป็นกลไกในการควบคุมติดตามและตรวจสอบ โดยมีประชาชนหรือองค์กรภายนอกมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายแก่การบริหารองค์การ เพราะการสร้างธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้นในองค์การ เป็นการสร้างสำนึกที่ดี ในการบริหารงาน และจัดระบบที่สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามสำนึกที่ดี ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สิ้นเปลือง การติดตามการทุจริต ความโปร่งใส โดยคำนึงถึงผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบ เนื่องจากผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐนั้น จะเกี่ยวข้องกับประชาชนโดยตรง

**ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขมีความเป็นเลิศ** หมายถึงหน่วยงานมีระบบบริหารจัดการที่มีความเป็นเลิศ คือ การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ ด้านการบริหารบุคลากร บริหารการเงินการคลัง บริหารทรัพยากรทางยุทธศาสตร์ บริหารข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ และพัฒนาระบบการจัดการความรู้ มีการสร้างนวัตกรรมด้านการบริหารจัดการ เพื่อการปรับปรุง พัฒนา สนองตอบความต้องการของพื้นที่ และมีความพร้อมในการเข้าสู่อาเซียน

**ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขมีความทันสมัย** หมายถึง หน่วยงานสาธารณสุขมีความทันสมัยในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ มาใช้ในการบริหารและบริการประชาชน รวมถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนองค์กร ให้สามารถเท่าทันการเปลี่ยนแปลงจากภายนอก การสื่อสารในองค์กรสู่สังคมให้เป็นที่ยอมรับ และการมีภาพลักษณ์ที่ดี มีการสรรค์สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้มาประยุกต์ เพื่อการพัฒนาการบริหาร บริการ และวิชาการ

**กำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งระบบมีสมรรถนะสูง** หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับทุกวิชาชีพในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง ได้รับการพัฒนาขีดความสามารถตามสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขที่ตอบสนองเป้าประสงค์ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**จุดยืนปี ๒๕๕๙**

๑.มีการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

๒.มีการบริหารจัดการการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ที่เป็นระบบครบวงจรด้วยกลไก DHS

๓.มีการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองการบริการและการบริหารทรัพยากรสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

๔.จัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่ายสุขภาพนำสู่การพัฒนานวัตกรรม การการแก้ไขปัญหาของพื้นที่จนเป็นที่ยอมรับในระดับชาติ

**ตัวชี้วัดที่ ๕ : ระดับความสำเร็จของระบบบริหารจัดการที่มีความเป็นเลิศ ทันสมัย**

**หน่วยวัด : ระดับ**

**น้ำหนัก : ร้อยละ ๑๕**

**ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕**

**คำอธิบาย :**  **ระบบบริหารจัดการที่มีความเป็นเลิศ ทันสมัย** หมายถึง การคิดค่าถ่วงน้ำหนักจากตัวชี้วัดในประเด็นย่อย ๔ ตัวชี้วัด ดังนี้

| **ตัวชี้วัดย่อย** | **เกณฑ์การให้คะแนน (x)** | | | | | **ค่าถ่วงน้ำหนัก**  **(Y)** | **คะแนน**  **ที่ได้**  **(Z)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| ๑. **ระดับความสำเร็จในการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** | **๓** | **๕** |
| **๒.ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** | **๖** | **๕** |
| **๓.ระดับความสำเร็จของการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** | **๓** | **๕** |
| **๔.ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** | **๓** | **๔** |
| **คะแนนรวมทุกตัวชี้วัด** |  |  |  |  |  | **๑๕** | **๑๙** |

**เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก** | **<๕๐** | **๕๐** | **๖๐** | **๗๐** | **≥๘๐** |

**โดยมีรายละเอียดการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดย่อย ดังนี้**

**จุดยืนที่ ๑ ทีมบริหารนำหลักธรรมาภิบาลมุ่งสู่การบริหารยุทธศาสตร์**

**ตัวชี้วัดย่อยที่ ๕.๑ ระดับความสำเร็จในการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน**

**หน่วยวัด : ระดับ**

**น้ำหนัก : ร้อยละ ๓**

**ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** |
| ๑ | มีกระบวนการประกาศนโยบาย กรอบทิศทางการใช้หลักธรรมาภิบาล ของ คปสอ. ในการบริหารทั่วทั้งองค์การ | ๑๐ | ๑๐ |
| ๒ | มีกระบวนการวิเคราะห์ และประเมินตนเองเพื่อหาส่วนขาดตามหลัก ธรรมาภิบาล ในการบริหารทั่วทั้งองค์กร | ๑๐ | ๑๐ |
| ๓ | มีกระบวนการวางแผนพัฒนาส่วนขาดในหลักธรรมาภิบาลในการบริหารทั่วทั้งองค์การ และปฏิบัติตามแผน ให้เห็นเป็นรูปธรรม | ๑๐ | ๑๐ |
| ๔ | มีกระบวนการติดตาม เร่งรัด และปรับปรุงกระบวนงานหรือขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนในการบริหารทั่วทั้งองค์การ ให้สอดคล้องกับหลักธรรมา- ภิบาล | ๑๕ | ๑๐ |
| ๕ | มีกระบวนการสรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินงาน | ๕ | - |
| ๖ | มีกระบวนการประเมินหน่วยงานโดยใช้แบบประเมินธรรมาภิบาลเชิงประจักษ์ โดยผลการประเมิน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ ๗๐ ได้คะแนน ๕๐ คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ ๖๐-๖๙ ได้คะแนน ๔๐ คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ ๕๐-๕๙ ได้คะแนน ๓๐ คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ ๔๐-๔๙ ได้คะแนน ๒๐ คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านน้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ได้คะแนน ๑๐ คะแนน | ๕๐ | ๔๐ |
| **รวมคะแนน** | | **๑๐๐** | **๙๐** |

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<๔๐** | **๔๐** | **๕๐** | **๖๐** | **≥๗๐** |

**แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บ**

คณะกรรมการดำเนินการเสริมสร้าง พัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใส

แบบสำรวจระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

**จุดยืนที่ ๒ พัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

**ตัวชี้วัดย่อยที่ ๕.๒ ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

**หน่วยวัด : ระดับ**

**น้ำหนัก : ร้อยละ ๖**

**ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕**

**UCCARE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** |
| ๑ | **การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ( U: Unity District Health Team)** | ๑๐ | ๑๐ |
| ๑.๑ มีการกำหนดภารกิจ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และบูรณาการความร่วมมือการทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ลงสู่พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ด้วยกลไกภายนอก คือ ๓ ดี DHS และกลไกภายใน คือ คปสอ. (เป็นรูปธรรม ชัดเจน = ๑๐ คะแนน ,ไม่เป็นรูปธรรม ไม่ชัดเจน = ๕ คะแนน ,ให้ข้อมูล และทวนสอบไม่ได้ = ๑ ) | ๒ | ๒ |
| ๑.๒ มีดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ และติดตามงานอย่างต่อเนื่อง  -มีการประชุมอย่างน้อย ๓ ครั้ง/ปี  -มีบันทึกสรุปรายงานการประชุม | ๒ | ๒ |
| ๑.๓ มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ปรับกลยุทธ์ของแผนระดับอำเภอ ตำบล ท้องถิ่น เชื่อมโยงถึงระดับชุมชน | ๒ | ๒ |
| ๑.๔ มีกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ อย่างเป็นระบบ แบบมีส่วนร่วม ภายใน ภายนอก เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล จนถึงชุมชน เป็นแผนสนับสนุนครอบคลุมทุกเป้าประสงค์ รวมทั้งแผนแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ (ODOP) และปัญหาร่วมของเขต จังหวัด (OV/CCA, DM, HT Stroke STEMI, พัฒนาการสมวัย การแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีน) | ๒ | ๒ |
| ๑.๕ มีการกำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งภายใน ด้วยระบบ คปสอ. และ แบบบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานภายนอก ด้วยกลไก DHS จนส่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ | ๒ | ๒ |
| ๒ | **การวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ (C: Customer Focus)** | ๑๐ | ๑๐ |
| ๒.๑ มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือตาม ๕ กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ.ข้อมูลสถานสุขภาพโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ เปรียบเทียบรายตำบล จนถึงระดับชุมชน | ๒ | ๒ |
| ๒.๒ มีช่องทางรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ หุ้นส่วนการพัฒนาสุขภาพ | ๒ | ๒ |
| ๒.๓ มีแนวทางจัดการ หรือ แก้ปัญหาตามความต้องการของผู้รับบริการตามแผนบริการสุขภาพ ชุมชน หุ่นส่วนหรือภาคีสุขภาพ ตามแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ | ๒ | ๒ |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** |
|  | ๒.๔ มีการจัดบริการตามกลุ่มเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม ครบถ้วน ถูกต้อง และครอบคลุม และปรับแผนกิจกรรมให้ตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย | ๒ | ๒ |
|  | ๒.๕ ปัญหาได้รับการแก้ไข เท่าทันสถานการณ์ ตรงกลุ่มตรงความต้องการ ประชาชนมีความพึงพอใจ | ๒ | ๒ |
| ๓ | **การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (C: Community participation)** | ๑๐ | ๑๐ |
|  | ๓.๑ มีการจัดทำวาระ หรือกติกา ที่เอื้อต่อการจัดการลดโรค ภัยสุขภาพ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล ถึงชุมชน นำสู่การปฏิบัติจนเกิดผลเป็นรูปธรรมทุกระดับ | ๒ | ๒ |
|  | ๓.๒ ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล | ๒ | ๒ |
|  | ๓.๓ มีการบูรณาการแผนและงบประมาณ จากอำเภอ ตำบลจนถึงชุมชน โดยชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณทุกพื้นที่ของตำบลทั้งจากกองทุนสุขภาพ ชุมชนสมทบ และแหล่งอื่นๆโดยมีเอกสารที่บ่งบอกแหล่งที่มาชัดเจน | ๒ | ๒ |
|  | ๓.๔ ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม | ๒ | ๒ |
|  | ๓.๕ อำเภอ ตำบล ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | ๒ | ๒ |
| ๔. | **การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (A: Appreciation)** | ๑๐ | ๑๐ |
| ๔.๑ ทีมบุคลากรสาธารณสุข  -มีความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ เป้าหมายให้บริการ พื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน | ๕ | ๕ |
| -มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่ | / |  |
| -เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น | / |  |
| -ผู้รับบริการ ประชาชน ภาคีสุขภาพ เห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน | / |  |
| -เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ | / |  |
| ๔.๒ หุ้นส่วนและภาคีสุขภาพ | ๕ | ๕ |
| -ความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ เป้าหมายให้บริการ พื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน | / |  |
| -มีการสะท้อนนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่ | / |  |
| -มีการรายงานความก้าวหน้าผลงาน ๓ ดี แผนสุขภาพการแก้ไขปัญหาของพื้นที่นำเสนอเวทีชุมชน ท้องถิ่น ส่วนราชการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุกไตรมาส | / |  |
| -ทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ | / |  |
| -มีการเชิดชูผลงานดีเด่น ของทีมงาน บุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ส่วนราชการที่มีผลงานดีเด่นตามแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ | / |  |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** |
| ๕. | **การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (R: Resource sharing and human development)** | ๑๐ | ๑๐ |
| ๕.๑ ทีมระดับ คปสอ. ๓ ดี DHS มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพทีมยุทธศาสตร์แบบมืออาชีพ ในการบริหารและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด  -มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง  -มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge, DHML, CBL, FM) และทักษะ (Skill)  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม  -มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยง การดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ แก่ประชาชนได้ | ๓ | ๓ |
| ๕.๒ การพัฒนาศักยภาพนักจัดการสุขภาพ อสม.แกนนำครอบครัวให้มีความรู้ ทักษะทั้งการจัดการ การพัฒนาระบบสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ชุมชน การดูแลสุขภาพของคนในครัวเรือนให้สามารถพึ่งตนเองได้ | ๓ | ๓ |
| ๕.๓ การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณ โดยมีการบูรณาการลงขันสนับสนุนร่วมกันทั้งการสนับสนุนจากจังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน ภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน | ๔ | ๔ |
| ๖. | **การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E: Essential care)** | ๑๐ | ๑๐ |
| ๖.๑ มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือตาม ๕ กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ. | ๒ | ๒ |
| ๖.๒ มีการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่ | ๒ | ๒ |
| ๖.๓ มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญไม่น้อยกว่า ๓ โครงการในภาพของอำเภอ(ODOP) โดยกำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ ที่ชัดเจน | ๒ | ๒ |
| ๖.๔ มีทีมนิเทศที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพ คปสอ.จนถึงระดับตำบล ชุมชน | ๒ | ๒ |
| ๖.๕ มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น | ๒ | ๒ |
| ๗ | ผลลัพธ์การบริหารแผนงานโครงการของ คปสอ.  ร้อยละของโครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์(Master Plan) ที่บรรลุตามเป้าหมายของกิจกรรม ร้อยละ ๘๐ มีร้อยละ ๘๐ ได้คะแนน ๔๐ คะแนน  มีร้อยละ ๗๐-๗๙ ได้คะแนน ๓๐ คะแนน  มีร้อยละ ๖๐-๖๙ ได้คะแนน ๒๐ คะแนน  มีร้อยละ ๕๐-๕๙ ได้คะแนน ๑๐ คะแนน  มีร้อยละ ๔๐-๔๙ ได้คะแนน ๑ คะแนน | ๔๐ | ๓๐ |
| **รวมคะแนน** | | **๑๐๐** | **๙๐** |

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<๖๐** | **๖๐** | **๗๐** | **๘๐** | **≥๙๐** |

**แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บ**

คำสั่งคณะกรรมการ DHS , คณะกรรมการบริหารเป้าประสงค์และคณะกรรมการบริหาร

กองทุนสุขภาพตำบล

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับอำเภอ แผนแม่บทสุขภาพตำบล แผนชุมชน

คำสั่งคณะทำงานติดตามประเมินผลระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน

รายงานการประชุมสรุปผลการติดตามประเมินผล การวิเคราะห์ผลการประเมินและสรุปผล

เพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงกระบวนการเพื่อการบรรลุตัวชี้วัด

เอกสารสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ของหน่วยงาน

**จุดยืนที่ ๓. หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีระบบการสารสนเทศด้านสุขภาพ และการประชาสัมพันธ์การสื่อสารที่ทันสมัย มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการงาน และจัดระบบบริการประชาชน ที่เอื้อต่อการตัดสินใจทางการบริหารทุกระดับและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ สร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสังคม เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นในทุกระดับ**

**ตัวชี้วัดย่อยที่ ๕.๓** ระดับความสำเร็จของการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๓

ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ขั้นตอน** | **กิจกรรม** | **คะแนน** | **คะแนนที่ได้** |
| ๑ | มีกระบวนการทบทวน ระบบข้อมูลสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์ | ๑๐ | ๑๐ |
| ๒ | มีกระบวนการจัดทำโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ในระดับ คปสอ. รพ. สสอ. รพ.สต. ในการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่ศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ (District Health Data Center : DHDC ) | ๑๕ | ๑๕ |
| ๓ | มีกระบวนการติดตามและตรวจสอบข้อมูลสารสนเทศทุกเดือน | ๑๐ | ๑๐ |
| ๔ | มีระบบไหลเวียนข้อมูลที่มีคุณภาพ (อำเภอสามารถตอบข้อมูลของ รพ.สต.ได้) | ๑๐ | ๑๐ |
| ๕ | มีกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและโอกาสการพัฒนาด้านสารสนเทศ | ๑๐ | ๑๐ |
| ๖ | ระดับความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของชุดข้อมูลข้อมูลมาตรฐาน ก่อนส่งข้อมูลเข้าศูนย์ข้อมูลกลางจังหวัด ( Health Data Center : HDC ) ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป | ๑๕ | ๑๕ |
| ๗ | มีกระบวนการนำเสนอข้อมูลสารสนเทศมาใช้บริหารยุทธศาสตร์อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ได้แก่โรคและภัยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ระบาดวิทยา (รูปแบบเป็นเอกสารประจำเดือนในระดับอำเภอ) | ๒๐ | ๒๐ |
| ๘ | มีรายงาน Executive summary การดำเนินงาน (วิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาข้อมูลเสนอ สสจ.โซน ทุกเดือนภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป) | ๑๐ | ๑๐ |
|  | รวมคะแนน | ๑๐๐ | ๑๐๐ |

**แหล่งข้อมูล :**ฐานข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ (MIS) ตามเป้าประสงค์ในระดับอำเภอ ตำบล ชุมชนและรายบุคคล

**วิธีการจัดเก็บข้อมูลและการประเมินผล :**

๑. หน่วยงานเป็นผู้ประเมินตนเองตามแบบประเมินที่จังหวัดกำหนดขึ้น ปีละ ๒ ครั้ง (เดือนมีนาคมและกรกฎาคม ๒๕๕๙ )

๒. ทีมประเมินระดับจังหวัดประเมินกระบวนการตามแบบ Checklist ตามเกณฑ์ประเมินที่กำหนดและสุ่มประเมินกระบวนการของหน่วยงานทุกแห่งในสังกัดปีละ๒ ครั้ง (เดือนมีนาคมและสิงหาคม ๒๕๕๙)

**จุดยืนที่ ๔ หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับของจังหวัดมีการสร้างองค์ความรู้ เป็นแหล่งเรียนรู้ของการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อตอบสนองนโยบายสาธารณสุขทุกระดับ และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ และการปฏิบัติการทุกระดับ และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่อาเซียน**

**มาตรการ** ๑ **สร้างเครือข่ายวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่**

**นิยาม**

**องค์ความรู้** หมายถึง องค์ความรู้ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ Best Practice, CQI, นวัตกรรม หรือ งานวิจัย อย่างใดอย่างหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

**การนำเสนอผลงานระดับประเทศ** หมายถึง การนำเสนอองค์ความรู้ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ Best Practice, CQI, นวัตกรรม หรือ งานวิจัย อย่างใดอย่างหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ในรูปแบบ บรรยาย โปสเตอร์ นวัตกรรม หรือการจัดนิทรรศการ อย่างใดอย่างหนึ่งที่ได้รับการรับรองในระดับประเทศ

**กิจกรรมหลัก**

๑. จัดระบบเครือข่ายวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ในทุกระดับ

๒. พัฒนาเครือข่ายวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ในทุกระดับ

๓. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานในการสร้างองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ในทุกระดับ

๔. การถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**จุดยืนที่ ๔. หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับของจังหวัดมีการสร้างองค์ความรู้ เป็นแหล่งเรียนรู้ของการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อตอบสนองนโยบายสาธารณสุขทุกระดับ และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ และการปฏิบัติการทุกระดับ และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่อาเซียน**

**ตัวชี้วัดที่ ๔ ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย (๑๐๐ คะแนน)**

**หน่วยวัด : ระดับ**

**น้ำหนัก : ร้อยละ ๓**

**ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กิจกรรม | คะแนน | คะแนนที่ได้ |
| ๑. โรงพยาบาลมีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | ๒๐ | ๒๐ |
| ๒. สสอ./รพ.สต มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | ๒๐ | ๒๐ |
| ๓. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | ๒๐ | ๒๐ |
| ๔. จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ในระดับ คปสอ. | ๑๐ | ๑๐ |
| ๔.มีผลงานนำเสนอระดับประเทศ อย่างน้อย ๓ เรื่อง/คปสอ. | ๓๐ | ๑๐ (มี ๑ เรื่อง) |
| รวม | ๑๐๐ | ๘๐ |

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<๖๐** | **๖๐** | **๗๐** | **๘๐** | **≥๙๐** |

**สูตรคำนวณสำหรับข้อ ๑ – ข้อ ๓**

๑.โรงพยาบาลมีโรงพยาบาลมีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (๒๐ คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล | X ๒๐ |
| จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลทั้งหมด |

๒. สสอ./รพ.สต มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (๒๐ คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของ สสอ. + รพ.สต. | X ๒๐ |
| จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลทั้งหมด |

หมายเหตุ : หาก สสอ. ไม่มีการจัดทำองค์ความรู้ จะไม่นำมาคิดเป็นคะแนนในข้อนี้

๓. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (๒๐ คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล | X ๒๐ |
| จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลทั้งหมด |

**แหล่งข้อมูล** เอกสารองค์ความรู้

**ส่วนที่ ๒**

**ระเบียบวิธีการประเมินผล**

**๒.๑ วิธีการประเมินผล เช่น การสัมภาษณ์ , สัมภาษณ์สุ่ม, ตรวจเอกสาร**

ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน รพช. สสอ. และรพ.สต., และการตรวจเอกสารหลักฐาน

**๒.๒ เครื่องมือ ได้แก่ แบบ Checklist / ใบ SCARs**

๑. แบบตรวจสอบรายการ Checklist

๒. แบบประเมินผลการปฏิบัติการราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

**๒.๓ หน่วยประเมิน**

คปสอ. ดอนจาน

**๒.๔ ระยะเวลาประเมิน**

รอบที่ ๒ ประเมินระหว่างวันที่ ....๒๒ – ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙.... รวมระยะเวลา.....๔.......วัน

**ส่วนที่ ๓**

**รายงานผลการติดตามและประเมินผล**

**๓.๑ ข้อค้นพบจากการติดตามและประเมินผลกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์**

๑) ความสมดุลตามหลัก ADLI และ LeCli (ภาพรวมสรุปจากแบบ Checklist)

๒) การส่งผลลัพธ์ของเป้าประสงค์

**๓.๒ การประเมินผลสัมฤทธิ์**

๑) ผู้รับผลประโยชน์ (ลูกค้า) ของเป้าประสงค์ คือ บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับและประชาชนในพื้นที่

๒) คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดต่อองค์กรหน่วยงานได้รับการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้บริหารและบุคลากร

ในองค์กรได้นำองค์ความรู้ไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ แสดงถึงการแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานแห่งการใช้เหตุผลที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่มากที่สุด

๓) คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดต่อผู้รับประโยชน์ หรือ ลูกค้าของเป้าประสงค์ ประชาชนมีระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

* **Best Practice ของ Goal**

จากการตรวจประเมิน ได้พบหน่วยงานที่มีผลการดำเนินงาน ที่เป็น Best Practice

ของ Goal และสามารถสร้างคุณค่าต่อเนื่อง จำนวน ๑ แห่ง ซึ่งมีข้อค้นพบ ดังนี้

| **คปสอ.** | **กิจกรรมที่เป็นแบบอย่าง**  **(Best Practice ของ Goal)** | **การสร้างคุณค่าต่อเนื่อง** |
| --- | --- | --- |
| ดอนจาน | * สมุนไพรแช่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล   นาจำปา | ๑.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน) ด้วยการใช้สมนุไพรและภูมิปัญญาในท้องถิ่น  ๒.การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบริการประชาชนในพื้นที่  ๓.การส่งเสริม การขยายผลในพื้นที่ ด้วยการศึกษาดูงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้  ๔.นำไปเผยแพร่ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในระดับอำเภอ |

**๓.๓) ปัจจัยความสำเร็จของเป้าประสงค์/ตัวชี้วัด**

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ของ คปสอ.ดอนจาน มีปัจจัยความสำเร็จของเป้าประสงค์/ตัวชี้วัด ดังนี้ คือ

1. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสนใจ
2. การบริหารทรัพยากร อาทิ งบประมาณ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างเพียงพอและรวดเร็ว คล่องตัว โดยการสนับสนุนมาไว้ที่บัญชีเงินบำรุงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามนโยบายและแนวทางของผู้บริหารในระดับจังหวัด
3. บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ อยู่ในวัยที่กำลังมีความกระตือรือร้น มีความต้องการอยากจะปฏิบัติงาน และต้องการที่จะเรียนรู้ในสิ่งใหม่ (เชิงยุทธศาสตร์)
4. มีวัฒนธรรมองค์กรที่ดีในการช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน เป็นอย่างดี

**๓.๔ สิ่งที่เป็นปฏิปักษ์ต่อผลลัพธ์ของเป้าประสงค์และการจัดการอย่างเหมาะสม**

เนื่องจากเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP.) ใหม่ที่แยกออกมาจาก CUP. เมือง ตลอดจนผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ในพื้นที่มีน้อย และ บุคลากรยังเป็นบุคลากรที่ใหม่ในหน่วยบริการ (โรงพยาบาลดอนจาน) ส่งผลให้ได้รับบทบาทในการบริหารจัดการเป้าประสงค์หลายเป้าประสงค์พร้อมกัน ทำให้การบริหารจัดการเป้าประสงค์ดำเนินการได้ไม่ต่อเนื่อง และไม่เป็นไปตามห้วงระยะเวลา ซึ่งหน่วยงานในพื้นที่ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน มีการบริหารติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะโดยทีมผู้บริหารในระดับ คปสอ.

**ส่วนที่ ๔**

**ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อปรับกลยุทธ์/โครงการและการสนับสนุนทางการบริหารของ**

**คปสอ.ดอนจาน รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙**

เนื่องจากเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP.) ที่ใหม่ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ในพื้นที่มีน้อย และบุคลากรยังขาดความรู้ ทักษะในการบริหารจัดการด้านยุทธศาสตร์ ส่งผลให้ได้รับบทบาทในการบริหารจัดการเป้าประสงค์หลายเป้าประสงค์พร้อมกัน ทำให้การบริหารจัดการเป้าประสงค์ดำเนินการได้ไม่ต่อเนื่อง ขาดการเชท่อมโยงและการประสานงาน ซึ่งหน่วยงานในพื้นที่ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานและกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน มีการบริหารติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะโดยทีมผู้บริหารในระดับ คปสอ.

**กระบวนการวางแผน (P : Plan)**

๑. ควรให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการและสภาพปัญหาของพื้นที่ ต่อเนื่องทุกปี โดย กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และผลสัมฤทธิ์ของการจัดการระบบสุขภาพ

๒. ควรใช้ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งจากการสำรวจในชุมชน โปรแกรมต่าง ๆ โดยอาจมีการใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่

๓. ควรมีการผู้รับผิดชอบในการจัดทำแผนงานโครงการ และจัดทำโครงสร้างการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ โดยอาจจัดทำในรูปแบบเป็นคำสั่งกรรมการให้ชัดเจน

๔. ควรมีการกำหนดระยะเวลาและวิธีประเมินผล ไว้อย่างชัดเจน และมีการดำเนินงานตามแผนที่

กำหนดไว้

**การปฏิบัติตามแผน (D : DO)**

๑. ควรมีการนำแผนที่ได้มาถ่ายทอดและอธิบายสื่อความเข้าใจให้บุคลากร และภาคีเครือข่ายได้รับรู้และดำเนินงานตามแผน และขั้นตอนที่กำหนดไว้ อย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยง

**การประเมินผล (C : Check)**

๒. ควรมีการติดตามประเมินผลแผนงานโครงการเป็นระยะ แบบบูรณาการพร้อมทั้งรายงานผลการดำเนินงานทุกครั้ง เพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้ดีขึ้น

**การปรับปรุงและพัฒนา (A : Action)**

๑. ควรนำผลการประเมินแต่ละครั้งมาจัดเวทีหรือประชุมสรุปบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อสอบเทียบการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

๒. นอกจากการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแล้ว บุคลากรในองค์กรต้องใฝ่เรียนรู้แสวงหาความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นปัจจุบัน

**การสังเคราะห์และกำหนดมาตรฐาน (S : Standard)**

๑ ควรมีการ.แสวงหา Best Practice หรือสร้างนวัตกรรมจากบทเรียนผลการดำเนินงานและมีผลสำเร็จในการพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพขององค์กร และตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่

๒. ควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยจากความสำเร็จ การพัฒนาผลงานที่เป็นเลิศจากการดำเนินงานจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อคงสภาพหรือรักษามาตรฐานไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการต่อไป

* **ข้อค้นพบจากการตรวจประเมินยุทธศาสตร์**

**เป้าประสงค์ที่ ๕ ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขมีความเป็นเลิศ ทันสมัย บุคลากรมีสมรรถนะสูง และมีความสุข บนฐานวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมที่เข้มแข็ง**

**จุดยืนที่ ๑ ทีมบริหารนำหลักธรรมาภิบาลมุ่งสู่การบริหารยุทธศาสตร์**

1. คปสอ.ดอนจาน มีการดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล ตามนโยบาลองค์กรคุณธรรม จริยธรรมตาม

นโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ โดยการวิเคราะห์หาจุดอ่อน จุดแข็ง ภาวะวิกฤติ และโอกาสในการพัฒนา มากำหนดวิสัยทัศน์องค์กร ตลอดจนค่านิยมขององค์กร (ซื่อสัตย์ สามัคคี มีคุณธรรม) และการนำมาใช้ในองค์กร โดยประกาศเจตนารมณ์ร่วมกัน ร่วมกันคารพกฎ กติกา ขององค์กร เพื่อให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล และในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสาธารณสุขของจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงได้มีการเชื่อมโยงในการนำหลักธรรมาภิบาล และนโยบายองค์กรคุณธรรม จริยธรรม มาใช้ในการบริหารยุทธศาสตร์

**จุดยืนที่ ๒ พัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

๑**.** คปสอ.ดอนจาน มีการบริหารจัดการในเชิงยุทธศาสตร์ โดยมีการจัดทำแผนแม่บท (Master plan) แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข และ จัดทำแผนปฏิบัติการประจำด้วยหลักการบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนทีโดยยึดหลักชุมชนและปัญหาของพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีการแต่งตั้งทีมประเมินระดับอำเภอในการออกติดตามผลการดำเนินงานอย่างน้อย ปีละ ๒ ครั้ง ตามเกณฑ์

๒. คปสอ.ดอนจาน มีการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร เทคโนโลยี องค์ความรู้ ในการจัดทำ

แผนปฏิบัติการ ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน และมีการลงนามความร่วมมือ และประกาศขับเคลื่อนแผนร่วมกันทั้งอำเภอ เช่น โครงการ ๓ ดี, โครงการหมอครอบครัว

**จุดยืนที่ ๓ หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีระบบการสารสนเทศด้านสุขภาพ และการประชาสัมพันธ์การสื่อสารที่ทันสมัย มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการงาน และจัดระบบบริการประชาชน ที่เอื้อต่อการตัดสินใจทางการบริหารทุกระดับและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ สร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสังคม เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นในทุกระดับ**

๑. คปสอ.ดอนจานมีการพัฒนาระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหน่วยงาน

โดยมีการจัดทำจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงเครือข่ายสารสนเทศด้านสุขภาพมีการจัดทำฐานข้อมูลและระบบการสื่อสารการจัดบริการในโรคและปัญหาสาธารณสุขที่เป็นปัญหาสำคัญ เรื่อง โรคความดัน เบาหวาน หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ มะเร็งท่อนำดี อนามัยแม่และเด็ก

1. คปสอ.ดอนจาน มีการใช้โปรแกรมมาตรฐานในการจัดเก็บข้อมูล และประมวลผล โดย โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้โปรแกรม JHCIS. และโรงพยาบาลดอนจาน ใช้โปรแกรม HosXP ส่วนในระดับอำเภอ มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารในระดับอำเภอ (District Health Data Center : DHDC.) ในการรวบรวมประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน และการตัดสินใจในการดำเนินงาน ตลอดจนเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการบริหารจัดการทรัพยากรต่าง ๆ เช่น การจัดสรรงบประมาณ เป็นต้น

**จุดยืนที่ ๔ หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับของจังหวัดมีการสร้างองค์ความรู้ เป็นแหล่งเรียนรู้ของการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อตอบสนองนโยบายสาธารณสุขทุกระดับ และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ และการปฏิบัติการทุกระดับ และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่อาเซียน**

๑. คปสอ.ดอนจาน มีการจัดทำแผนแม่บท และแผนยุทธศาสตร์ ของ คปสอ. โดยกำหนดให้ทุกหน่วย

บริการ(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ )มีการจัดทำงานวิจัยอย่างน้อย แห่งละ ๑ เรื่อง (๑ ประเด็น) หรือ ที่เป็นปัญหาจากพื้นที่ (Area Based) หรือการจัดการความรู้ แบบ CQI.) โดยจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นสนับสนุน จึงพบว่าในแต่ละแห่ง มีการทำงานวิจัย อย่างต่อเนื่อง ครบทุกแห่ง ซึ่งอยู่ในช่วงดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัย โดยได้รับความสนใจ จากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับเป็นอย่างดี

**ภาคผนวก**

**การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ**

**แบบประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙**

**เป้าประสงค์ที่ ๕ ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขมีความเป็นเลิศ ทันสมัย บุคลากร**

**สมรรถนะสูงและมีความสุขบนฐานวัฒนธรรมและค่านิยมร่วมที่เข้มแข็ง**

ชื่อหน่วยงานรับการประเมิน........คปสอ.ดอนจาน.......อำเภอ....ดอนจาน.........จ.กาฬสินธุ์

ชื่อทีมประเมิน.....คปสอ.ดอนจาน.......วันเดือนปีที่ประเมิน...๒๒ – ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๙.............

**วัตถุประสงค์การประเมิน**

1. เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้(criteria) ของเป้าประสงค์
2. เพื่อประเมินระดับความสำเร็จของเป้าประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนด
3. เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอเชิงพัฒนาและเชิงบริการการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

**เครื่องมือประเมินผล**

1. **ชุดที่ ๑ แบบ**  **Checklist ตามตัวชี้วัดย่อย**
2. ระดับความสำเร็จในการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของ

หน่วยงาน

๒. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์

๓. ระดับความสำเร็จของการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์

๔. ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย

๒. แบบประเมิน/แบบรายงานประกอบตัวชี้วัดย่อย มีดังนี้

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕.๑ : แบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับประเมินคุณธรรมและ

ความโปร่งใส (ITA)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๕.๒ แบบรายงานแผนงานโครงการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ master plan

และArea base (แบบฟอร์มที่ ๑ - ๓ )

๓.ตัวชี้วัดที่ ๕.๓ แบบรายงานบทสรุปสำหรับผู้บริหารบทวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาและ

บทเรียนความสำเร็จของพื้นที่

๔. ตัวชี้วัดที่ ๕.๔ แบบรายงานองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุข

ในพื้นที่ ระดับ รพ. สสอ.รพ.สต.และกองทุนสุขภาพ

**กลุ่มเป้าหมายให้ข้อมูล**

ระดับ คปสอ. ประกอบด้วยคณะกรรมบริหารเป้าประสงค์ที่ ๕

**วิธีการประเมินผล**

**ข้อมูลเชิงปริมาณ**

1. คณะกรรมการบริหารเป้าประสงค์ที่ ๕ ของ คปสอ.ทำการประเมินตนเองและรวบรวมเอกสารอ้างอิงประกอบตามเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อ ของตัวชี้วัดย่อย
2. ทีมประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดทำการประเมินจากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

**ชุดที่ ๑ แบบ**  **Checklist เป้าประสงค์ที่ ๕**

**จุดยืนที่ ๑ ทีมบริหารนำหลักธรรมาภิบาลมุ่งสู่การบริหารยุทธศาสตร์**

**ตัวชี้วัดที่ ๕.๑ระดับความสำเร็จในการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **ผลการประเมิน** | | **คะแนน**  **ที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| ๑ | มีกระบวนการประกาศนโยบาย กรอบทิศทาง  การใช้หลักธรรมาภิบาลของ คปสอ. ในการบริหารทั่วทั้งองค์กร | ๑๐ |  | -ประชุมกลุ่ม  -ประกาศนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในองค์กร | ๑๐ | มีการติดประกาศนโยบายให้เห็นชัดเจน |
| ๒ | มีกระบวนการวิเคราะห์ และประเมินตนเองเพื่อหาส่วนขาดตามหลักธรรมาภิบาล ในการบริหารทั่วทั้งองค์กร | ๑๐ |  | -การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ภาวะคุกคามและดอกาสในการพัฒนา (SWOT) | ๑๐ | มีเอกสารการ  วิเคราะห์และประเมินส่วนชาด |
| ๓ | มีกระบวนการวางแผนพัฒนาส่วนขาดใน  หลักธรรมาภิบาลในการบริหารทั่วทั้งองค์กร  และปฏิบัติตามแผน ให้เห็นเป็นรูปธรรม | ๑๐ |  | -แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๕๙ | ๑๐ | มีแผนพัฒนาส่วนขาด |
| ๔ | มีกระบวนการติดตาม เร่งรัด และปรับปรุงกระบวนงานหรือขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน  ในการบริหารทั่วทั้งองค์กร ให้สอดคล้องกับ  หลักธรรมาภิบาล | ๑๕ | / | ติดตามในการประชุม คปสอ. | ๑๕ | มีการติดตามกระบวนงานตามแผนพัฒนาส่วนขาด |
| ๕ | มีกระบวนการสรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินงาน | ๕ | / | สรุปประเมินตนเอง | ๕ | มีเอกสารสรุปผลและถอดบทเรียน |
| ๖ | มีกระบวนการประเมินหน่วยงานโดยใช้แบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ปี ๒๕๕๙ (Evidence-based Intergrity& Transparency Assessment : ITA) โดยให้ค่าคะแนนจากผลการประเมิน ดังนี้  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ ๗๐ ได้ ๕๐ คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ ๖๐-๖๙ ได้ ๔๐ คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ ๕๐-๕๙ ได้ ๓๐ คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ ๔๐-๔๙ ได้ ๒๐ คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านน้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ได้ ๑๐ คะแนน | ๕๐ | / |  | ๔๐ | มีเอกสารประเมินผล ITA.หน่วยงาน |
| **รวมคะแนน** | | **๑๐๐** |  |  | **๙๐** |  |

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๑**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **๕** | **๑๕** | **๒๐** | **๒๕** | **๓๐** |

**สรุปคะแนนที่ได้............๕..................................................................**

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๒**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<๔๐** | **๔๐** | **๕๐** | **๖๐** | **≥๗๐** |

**จุดยืนที่ ๒ พัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

**ตัวชี้วัดที่ ๕.๒ ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

| **ข้อที่** | **รายละเอียดกิจกรรมตามคำอธิบายตัวชี้วัด**  **เกณฑ์ (UCCARE)** | **คะแนนเต็ม** | **ผลการประเมิน** | | | **คะ**  **แนนที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ไม่มี** | | **มี/ทำอย่างไร** |
| ๑ | **การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ**  **( U: Unity District Health Team)**  (เป็นรูปธรรม ชัดเจน = ๑๐ คะแนน ,ไม่เป็นรูปธรรม ไม่ชัดเจน = ๕ คะแนน ,ให้ข้อมูล และทวนสอบไม่ได้ = ๑ ) | ๑๐ |  | | -การวางแผนงาน/การจัดวางทีมงานผู้รับผิดชอบ | ๑๐ | -คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน  -คำสั่ง คปสอ.  -ตำสั่งคณะกรรมการ  ๓ ดี, DHS. |
| ๑.๑ มีการกำหนดภารกิจ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และบูรณาการความร่วมมือ การทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ลงสู่พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ด้วยกลไกภายนอก คือ ๓ ดี DHSและกลไกภายใน คือ คปสอ. | ๒ |  | | -ประชุมและแบ่งบทบาทหน้าที่  -ประกาศวาระอำเภอ  -ลงนามความร่วมมือ (MOU) | ๒ | -คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน  -คำสั่ง คปสอ.  -ตำสั่งคณะกรรมการ  ๓ ดี, DHS.,หมอครอบครัว, ยุทธศาสตร์ |
| ๑.๒ มีดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ และติดตามงานอย่างต่อเนื่อง  -มีการประชุมอย่างน้อย ๓ ครั้ง/ปี  -มีบันทึกสรุปรายงานการประชุม | ๒ |  | | -คณะทำงาน คปสอ.ติดตาม | ๒ | -รายงานการประชุม คปสอ. |
| ๑.๓ มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ปรับกลยุทธ์ของแผนระดับอำเภอ ตำบล ท้องถิ่น เชื่อมโยงถึงระดับชุมชน | ๒ |  | | -นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ ๓ ปีย้อนหลัง  -SWOT | ๒ | -รายงานข้อมูลในแต่ละงาน |
| ๑.๔ มีกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ อย่างเป็นระบบ แบบมีส่วนร่วม ภายใน ภายนอก เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล จนถึงชุมชน เป็นแผนสนับสนุนครอบคลุมทุกเป้าประสงค์ รวมทั้งแผนแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ (ODOP) และปัญหาร่วมของเขต จังหวัด (OV/CCA,DM,HT Stroke STEMI, พัฒนาการสมวัย การแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีน) | ๒ |  | | -การจัดทำแผนงาน/โครงการ Master Plan, แผนชุมชน, แผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน | ๒ | -แผนยุทธศาสตร์ คปสอ. ปี ๒๕๕๙  -แผนงาน/โครงการ ประจำปี ของ คปสอ. แต่ละเป้าประสงค์ |
| ๑.๕ มีการกำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งภายใน ด้วยระบบ คปสอ. และ แบบบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานภายนอก ด้วยกลไก DHS จนส่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ | ๒ |  | -คณะทำงานยุทธศาสตร์ ของ คปสอ. | | ๒ | -รายงานการดำเนินงานประจำเดือน |
| ๒ | **การวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ**  **(C: Customer Focus)** | ๑๐ |  |  | | ๑๐ |  |
| ๒.๑ มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือตาม ๕ กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ.ข้อมูลสถานสุขภาพโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ เปรียบเทียบรายตำบล จนถึงระดับชุมชน | ๒ |  | -รายงานข้อมูล | | ๒ | -๔๓ แฟ้ม  -เอกสาร, ข้อมูลแต่ละกลุ่มวัย ของแต่ละหน่วยบริการ |
| ๒.๒ มีช่องทางรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ หุ้นส่วนการพัฒนาสุขภาพ | ๒ |  | -ตู้รับแสดงความคิดเห็น | | ๒ | -สรุปประเมินความพึงพอใจของหน่วยบริการ |
| ๒.๓ มีแนวทางจัดการ หรือ แก้ปัญหาตามความต้องการของผู้รับบริการตามแผนบริการสุขภาพ ชุมชน หุ่นส่วนหรือภาคีสุขภาพ ตามแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ | ๒ |  | -แผนแก้ไขปัญหาตามความต้องการ | | ๒ | -แผนงาน/โครงการ |
| ๒.๔ มีการจัดบริการตามกลุ่มเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม ครบถ้วน ถูกต้อง และครอบคลุม และปรับแผนกิจกรรมให้ตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย | ๒ |  | -การให้บริการตามเกณฑ์ | | ๒ | -รายงานการให้บริการของแต่ละกลุ่มวัยและแต่ละงาน |
| ๒.๕ ปัญหาได้รับการแก้ไข เท่าทันสถานการณ์ ตรงกลุ่มตรงความต้องการ ประชาชนมีความพึงพอใจ | ๒ |  | -การลดลงของข้อร้องเรียน | | ๒ | -สรุปประเมินความพึงพอใจ |
| ๓ | **การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (C:Community participation)** | ๑๐ |  |  | | ๑๐ |  |
| ๓.๑ มีการจัดทำวาระ หรือกติกา ที่เอื้อต่อการจัดการลดโรค ภัยสุขภาพ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล ถึงชุมชน นำสู่การปฏิบัติจนเกิดผลเป็นรูปธรรมทุกระดับ | ๒ |  | -ประกาศวาระอำเภอ,ตำบล  -กติกาชุมชน | | ๒ | -ประกาศวาระอำเภอ,ตำบล  -การลงนามความร่วมมือ (MOU.)  -ป้ายกติกาชุมชน |
| ๓.๒ ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล | ๒ |  | -การประชุม การร่วมจัดทำแผน ละการออกประเมินผล | | ๒ | -รายงานการประชุม  -การวางแผน  -แผนกองทุนของ อปท. |
| ๓.๓ มีการบูรณาการแผนและงบประมาณ จากอำเภอ ตำบลจนถึงชุมชน โดยชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณทุกพื้นที่ของตำบลทั้งจากกองทุนสุขภาพ ชุมชนสมทบ และแหล่งอื่นๆโดยมีเอกสารที่บ่งบอกแหล่งที่มาชัดเจน | ๒ |  | -การจัดทำแผนร่วมกัน | | ๒ | -แผนกองทุน อปท.  -แผนสุขศาลา  -แผน สสม. |
| ๓.๔ ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม | ๒ |  | -การร่วมดำเนินงานของ อสม./ชุมชน | | ๒ | --แผนงาน  -ภาพถ่ายกิจกรรม |
| ๓.๕ อำเภอ ตำบล ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | ๒ |  | -การดำเนินงานร่วมกัน | | ๒ | -รายงาน  -ภาพถ่ายกิจกรรม |
| ๔. | **การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (A:Appreciation)** | ๑๐ |  |  | | ๑๐ |  |
| ๔.๑ ทีมบุคลากรสาธารณสุข  -มีความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ เป้าหมายให้บริการ พื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน | ๕ |  | -การสื่อสาร  -การมอบหมายงานและภารกิจ | | ๕ | -แผนงาน/โครงการ  -รายงาน ข้อมูล |
| -มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่ |  |  | -การจัดทีม | |  |  |
| -เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น |  |  | -การประเมินความพึงพอใจ | |  |  |
| -ผู้รับบริการ ประชาชน ภาคีสุขภาพ เห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน |  |  | -การประเมินความพึงพอใจ | |  |  |
| -เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ |  |  | -การประเมินความพึงพอใจ | |  |  |
| ๔.๒ หุ้นส่วนและภาคีสุขภาพ | ๕ |  |  | | ๕ |  |
| -ความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ เป้าหมายให้บริการ พื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน |  |  |  | |  | -แผนงาน/โครงการ  -รายงาน ข้อมูล |
| - มีการสะท้อนนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่ |  |  |  | |  | -แผนงาน/โครงการ  -รายงาน ข้อมูล |
| -มีการรายงานความก้าวหน้าผลงาน ๓ ดี แผนสุขภาพการแก้ไขปัญหาของพื้นที่นำเสนอเวทีชุมชน ท้องถิ่น ส่วนราชการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุกไตรมาส |  |  |  | |  | -รายงานการดำเนินงานประจำเดือน |
| -ทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ |  |  |  | |  |  |
| -มีการเชิดชูผลงานดีเด่น ของทีมงาน บุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ส่วนราชการที่มีผลงานดีเด่นตามแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |  |  |  | |  | -การประกาศเชิดชูให้เกียรติ |
| ๕. | **การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (R:Resource sharing and human development)** | ๑๐ |  |  | | ๑๐ |  |
| ๕.๑ ทีมระดับ คปสอ. ๓ ดีDHS มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพทีมยุทธศาสตร์แบบมืออาชีพ ในการบริหารและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด  - มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง  - มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge, DHML, CBL, FM)และทักษะ(Skill)  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยง การดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ แก่ประชาชนได้ | ๓ |  | -มีทีม ๓ ดี, DHS.,DHML. FCT.  -แผนการพัฒนาบุคลากร | | ๓ | -คำสั่ง ๓ ดี,DHS., FCT.  -รายงานภาพถ่ายกิจกรรม  DHML. |
| ๕.๒ การพัฒนาศักยภาพนักจัดการสุขภาพ อสม.แกนนำครอบครัวให้มีความรู้ ทักษะทั้งการจัดการ การพัฒนาระบบสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ชุมชน การดูแลสุขภาพของคนในครัวเรือนให้สามารถพึ่งตนเองได้ | ๓ |  | | -อบรม อสม. นักจัดการสุขภาพ | ๓ | -รายงาน, ภาพถ่ายกิจกรรมการอบรมฯ |
| ๕.๓ การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณ โดยมีการบูรณาการลงขันสนับสนุนร่วมกันทั้งการสนับสนุนจากจังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน ภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน | ๔ |  | | -แผนงาน  -สรุปผลการดำเนินงาน  -สรุปงบประมาณ | ๔ | -แผนงาน/โครงการ  -แผนกองทุน อปท. |
| ๖. | **การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E:Essential care)** | ๑๐ |  | |  | ๑๐ |  |
| ๖.๑ มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือตาม ๕ กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ. | ๒ |  | | -การสรุปข้อมูล | ๒ | -รายงานข้อมูลตามกลุ่มวัย |
| ๖.๒ มีการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่ | ๒ |  | | -การประชุมวิเคราะห์ข้อมูล |  | -ข้อมูล  -รายงาน |
| ๖.๓ มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญไม่น้อยกว่า ๓ โครงการในภาพของอำเภอ(ODOP)โดยกำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ ที่ชัดเจน | ๒ |  | | -จัดทำแผนงาน/โครงการ | ๒ | -แผนงาน/โครงการ |
| ๖.๔ มีทีมนิเทศที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพ คปสอ.จนถึงระดับตำบล ชุมชน | ๒ |  | | -จัดทำคำสั่งทีมนิเทศ | ๒ | -คำสั่ง คปสอ.  -ตำสั่ง ๓ ดี  -คำสั่งทีมนิเทศและตรวจสอบภายใน |
| ๖.๕ มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น | ๒ |  | | -การศึกษาดูงาน  -กรแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | ๒ | -Best Practice  -นวัตกรรม |
| ๗ | ผลลัพธ์การบริหารแผนงานโครงการของ คปสอ.  ร้อยละของโครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์  (Master Plan) ที่บรรลุตามเป้าหมายของกิจกรรม ร้อยละ ๘๐  มีร้อยละ ๘๐ ได้คะแนน ๔๐ คะแนน  มีร้อยละ ๗๐-๗๙ ได้คะแนน ๓๐ คะแนน  มีร้อยละ ๖๐-๖๙ ได้คะแนน ๒๐ คะแนน  มีร้อยละ ๕๐-๕๙ ได้คะแนน ๑๐ คะแนน  มีร้อยละ ๔๐-๔๙ ได้คะแนน ๑ คะแนน | **๔๐** |  | | ประเมินตนเอง ตามเป้าประสงค์ | ๔๐ | แบบประเมินตนเอง |
| **รวมคะแนน** | | **๑๐๐** |  | |  | **๑๐๐** |  |

**แหล่งข้อมูล** แผนงานโครงการ แหล่งงบประมาณสนับสนุน ผลการดำเนินงาน และผลการเบิกจ่าย

-แผน คปสอ.

-แผน Master Plan

-แผน รพ.สต.

-แผน กองทุน

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๑**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **๔๐** | **๔๕** | **๕๐** | **๕๕** | **๖๐** |

**สรุปคะแนนที่ได้..........๕....................................................................**

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๑**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<๖๐** | **๖๐** | **๗๐** | **๘๐** | **≥๙๐** |

**สรุปคะแนนที่ได้..........๕....................................................................**

**จุดยืนที่ ๓ หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีระบบการสารสนเทศด้านสุขภาพ และการประชาสัมพันธ์การสื่อสารที่ทันสมัย มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการงาน และจัดระบบบริการประชาชน ที่เอื้อต่อการตัดสินใจทางการบริหารทุกระดับและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ สร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสังคม เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นในทุกระดับ**

**ตัวชี้วัดที่ ๕.๓ ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

| **ข้อที่** | **รายละเอียดกิจกรรมตามคำอธิบายตัวชี้วัด**  **เกณฑ์ (UCCARE)** | **คะ**  **แนนเต็ม** | **ผลการประเมิน** | | **คะ**  **แนนที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| ๑ | มีกระบวนการทบทวน ระบบข้อมูลสารสนเทศ  ในการบริหารยุทธศาสตร์ | ๑๕ |  |  |  |  |
|  | ๑.๑ มีสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด กระทรวง เขต จังหวัด QOF ปี ๒๕๕๘ | (๕) |  | ประชุมสรุปสรุปผลการดำเนินงาน QOF ปี ๒๕๕๘ | ๕ | - มีสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด |
|  | ๑.๒ มีผลการวิเคราะห์ ระบบข้อมูลสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์ | (๕) |  | ประชุมวิเคราะห์ ๔๓ แฟ้มทุกเดือน | ๕ | - มีสรุปวาระการประชุม |
|  | ๑.๓ มีการวางแผนงานโครงการ | (๕) |  | จัดทำแผนงานโครงการรองรับ | ๕ | - มีแผนงานโครงการ |
| ๒ | มีกระบวนการจัดทำโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ในระดับคปสอ./รพ./สสอ./รพ.สต.ในการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศที่ศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ (District Health Data Center: DHDC ) | ๒๐ |  |  |  |  |
|  | ๒.๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับ คปสอ.รพ สสอ. รพ.สต. ในพัฒนาการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่ศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ | (๕) |  | จัดทำคำสั่งคณะทำงานและโครงสร้างในการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ | ๕ | - มีคำสั่ง |
|  | ๒.๒ มีการจัดทำศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ, คปสอ. (District Health Data Center : DHDC) | (๑๕) |  | จัดทำ ระบบ DHDC  ระดับอำเภอ | ๑๕ | - มีศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ, คปสอ. (District Health Data Center: HDC) |
| ๓ | มีระบบไหลเวียนข้อมูลที่มีคุณภาพ (อำเภอสามารถตอบข้อมูลของ รพ.สต.ได้) | ๑๕ |  |  | ๑๕ | -ผลการยืนยันจาก สปสช. |
|  | เกณฑ์ คุณภาพข้อมูล  **แฟ้มบริการ** SERVICE, DIAGNOSIS\_OPD, DRUG\_OPD, PROCEDURE\_OPD, CHARGE\_OPD, SURVEILLANCE, DENTAL, COMMUNITY\_SERVICE,  **แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ** ANC,EPI, NEWBORN, NEWBORNCARE, POSTNATAL, LABOR, NUTRITION, CHRONICFU, LABFU, NCDSCREEN, REHABILITATION  **แฟ้มสะสม** PRENATAL, CHRONIC, PERSON ,VILLAGE, PROVIDER, DRUGALLERGY, DISABILITY  ๑.คุณภาพข้อมูลร้อยละ๙๕ ขึ้นไป = ๑๕ คะแนน  ๒.คุณภาพข้อมูลร้อยละ๘๕-๙๔ขึ้นไป=๑๐คะแนน  ๓.คุณภาพข้อมูล ต่ำกว่า ร้อยละ๘๕ = ๕ คะแนน |  |  |  |  |
| ๔. | ระดับความครบถ้วน ทันเวลา ของชุดข้อมูลข้อมูลมาตรฐานก่อนส่งข้อมูลเข้าศูนย์ข้อมูลกลางจังหวัด ( Health Data Center : HDC ) ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป  -คิดคะแนนจาก = จำนวนเดือนที่รายงาน x ๑๕  ๑๒ เดือน | ๑๐ |  |  | ๑๐ | - การส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มนับ ๑๒ เดือน |
| **๕.** | มีกระบวนการนำเสนอข้อมูลสารสนเทศมาใช้บริหารยุทธศาสตร์อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ได้แก่โรคและภัยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ระบาดวิทยา (รูปแบบเป็นเอกสารประจำเดือนในระดับอำเภอ)  - คิดคะแนนจาก = จำนวนเดือนที่รายงาน x ๒๐  ๙ เดือน | ๒๐ |  |  | ๒๐ | - เอกสารประจำเดือนเริ่มมกราคม ๒๕๕๙ |
| **๖** | มีรายงาน Executive summary การดำเนินงาน (วิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาข้อมูลเสนอ สสจ.โซน ทุกเดือนภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป)  -คิดคะแนนจาก = จำนวนเดือนที่รายงาน x ๑๐  ๙ เดือน | ๒๐ |  |  | ๒๐ | - เอกสารรายงาน Executive summary การดำเนินงาน |
|  | **รวมคะแนน** | **๑๐๐** |  |  | **๑๐๐** |  |

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<๖๐** | **๖๐** | **๗๐** | **๘๐** | **≥๙๐** |

**สรุปคะแนนที่ได้...................................๕.....................................**

**จุดยืนที่ ๔** หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับของจังหวัดมีการสร้างองค์ความรู้ เป็นแหล่งเรียนรู้ของการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อตอบสนองนโยบายสาธารณสุขทุกระดับ และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ และการปฏิบัติการทุกระดับ และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่อาเซียน

**ตัวชี้วัดที่ ๕.๔ ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย**

**คำอธิบาย องค์ความรู้ หมายถึง งานวิจัย R to R หรือ CQI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **ผลการประเมิน** | | **คะแนน**  **ที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| ๑ | โรงพยาบาลมีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | ๒๐ |  | -แผนงานการวิจัย , KM | ๒๐ | การประเมินรอบที่ ๑ จะต้องมีเค้าโครงเรื่อง  การประเมินรอบที่ ๒ จะต้องมีเอกสารฉบับสมบูรณ์ |
| ๒ | สสอ./รพ.สต มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | ๒๐ |  | -แผนงานการวิจัย , KM | ๒๐ |
| ๓ | กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล  มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการและ  การแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | ๒๐ |  | -แผนงานการวิจัย , KM | ๒๐ |
| ๔ | จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ในการบริหารจัดการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่  -รพ.มีการจัดเวที/ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน ๔ ครั้ง  -สสอ./รพ.สต. มีการจัดเวที/ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน ๔ ครั้ง | ๑๐  (รอบที่ ๑ คะแนน๕) | -นำเสนอในการประชุม คปสอ. |  | ๑๐ | มีหลักฐานการประชุม ๑ ครั้งได้คะแนน ๒.๕ คะแนน  ประเมินรอบที่ ๑ ต้องประชุม ๒ ครั้ง |
| ๕ | มีผลงานนำเสนอระดับประเทศ อย่างน้อย ๓ เรื่อง/คปสอ. | (๓๐)ไม่ประเมินรอบที่๑ | -ยังไม่สิ้นสุดโครงการ |  |  | มีหลักฐานการนำเสนอ  เรื่องละ๑๐คะแนน |
| **รวมคะแนน** | | **๑๐๐** |  |  | **๘๐** |  |

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๑**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **๔๕** | **๕๐** | **๕๕** | **๖๐** | **๖๕** |

คะแนนที่ได้..................

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๒**

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<๖๐** | **๖๐** | **๗๐** | **๘๐** | **≥๙๐** |

**คะแนนที่ได้.....๔.............**

**สูตรคำนวณสำหรับข้อ ๑ – ข้อ ๓**

๑.โรงพยาบาลมีโรงพยาบาลมีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

(๒๐ คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล | X ๒๐ |
| จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลทั้งหมด |

1. สสอ.และ รพ.สต มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

(๒๐ คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของ สสอ. + รพ.สต. | X ๒๐ |
| จำนวนหน่วยงาน สสอ. + รพ.สต.ทั้งหมด |

**หมายเหตุ** : หาก สสอ. ไม่มีการจัดทำองค์ความรู้ จะไม่นำมาคิดเป็นคะแนนในข้อนี้

๓. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (๒๐ คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล | X ๒๐ |
| จำนวนหน่วยงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลทั้งหมด |

**แหล่งข้อมูล** ๑. เอกสารองค์ความรู้ ๒. แบบสรุปการพัฒนาองค์ความรู้

**สรุปการให้คะแนนประเมินผลเป้าประสงค์ที่ ๕**

| **ตัวชี้วัดย่อย** | **เกณฑ์การให้คะแนน (x)** | | | | | **ค่าถ่วงน้ำหนัก**  **(Y)** | **คะแนน**  **ที่ได้**  **(Z)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| ๕.๑ ระดับความสำเร็จในการนำหลัก  ธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการ  เชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ | **๓** | **๕** |
| ๕.๒ ระดับความสำเร็จในการพัฒนา  ระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ | **๔** | **๕** |
| ๕.๓ ระดับความสำเร็จของการจัดการ  ระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์ | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ | **๔** | **๕** |
| ๕.๔ ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ | **๔** | **๔** |
| **คะแนนรวมทุกตัวชี้วัด** |  |  |  |  |  | **๑๕** | **๑๙** |

**สูตรคำนวณร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก = คะแนนที่ได้รวมทุกตัวชี้วัด (Z) x ๑๐๐**

**ค่าถ่วงน้ำหนักรวมทุกตัวชี้วัด(Y)**

**เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **๑** | **๒** | **๓** | **๔** | **๕** |
| **ร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก** | **<๕๐** | **๕๐** | **๖๐** | **๗๐** | **≥๘๐** |

**สรุปผลคะแนนระดับความสำเร็จ ของ คปสอ. = ระดับ……๕………**

**กระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ คปสอ.ดอนจาน**

1. **ประชุมชี้แจง แนวทาง และนโยบาย และกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ**

**ปี ๒๕๕๙**





**๒.ร่วมประกาศวาระอำเภอ และประกาศนโยบายเพื่อสร้างชุมชนสุภาวะชาวดอนจาน**

****

****

1. **ลงนามความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ในระดับอำเภอ และสู่ระดับตำบล**

****

****

****

****

**การพัฒนาเครือข่าย ช่องทางการสื่อสารในการพัฒนาระบบสารสนเทศขององค์กร**



**ภาพกิจกรรมการออกประเมินทีม SAT อำเภอดอนจาน (รอบที่ ๑)**



การติดตามระบบสารสนเทศ และตัวชี้วัด

  

 

 

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ R2R เรื่องเล่า CQI



การนำเสนอผลงานวิชาการระดับประเทศ

 