**แบบประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2559**

**เป้าประสงค์ที่ 5ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุขมีความเป็นเลิศ ทันสมัย บุคลากรมีสมรรถนะสูงและมีความสุขบนฐานวัฒนธรรม**

**และค่านิยมร่วมที่เข้มแข็ง**

ชื่อหน่วยงานรับการประเมิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อทีมประเมิน นพ.เปตรง เขียนแม้น รองผู้อำนวยการฝ่ายตรวจสอบภายใน / หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม

วันเดือนปีที่ประเมิน สิงหาคม 2559

**วัตถุประสงค์การประเมิน**

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

**เครื่องมือประเมินผล**

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

หน่วยงาน

2. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์

3. ระดับความสำเร็จของการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์

4. 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 5.3 แบบรายงานบทสรุปสำหรับผู้บริหารบทวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาและ

บทเรียนความสำเร็จของพื้นที่

๔. ตัวชี้วัดที่ 5.๔ แบบรายงานองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุข

ในพื้นที่ระดับ 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 5**

**จุดยืนที่ ๑ทีมบริหารนำหลักธรรมาภิบาลมุ่งสู่การบริหารยุทธศาสตร์**

**ตัวชี้วัดที่ 5.1ระดับความสำเร็จในการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **ผลการประเมิน** | | **คะแนน**  **ที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| 1 | มีกระบวนการประกาศนโยบาย กรอบทิศทาง  การใช้หลักธรรมาภิบาลของ คปสอ.ในการบริหารทั่วทั้งองค์กร | 10 |  | / | 10 | มีการติดประกาศนโยบายให้เห็นชัดเจน |
| 2 | มีกระบวนการวิเคราะห์ และประเมินตนเองเพื่อหาส่วนขาดตามหลักธรรมาภิบาล ในการบริหารทั่วทั้งองค์กร | 10 |  | / | 10 | มีเอกสารการ  วิเคราะห์และประเมินส่วนชาด |
| 3 | มีกระบวนการวางแผนพัฒนาส่วนขาดใน  หลักธรรมาภิบาลในการบริหารทั่วทั้งองค์กร  และปฏิบัติตามแผน **ให้เห็นเป็นรูปธรรม** | 10 |  | / | 10 | มีแผนพัฒนาส่วนขาด |
| 4 | มีกระบวนการติดตาม เร่งรัด และปรับปรุงกระบวนงานหรือขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน  ในการบริหารทั่วทั้งองค์กร ให้สอดคล้องกับ  หลักธรรมาภิบาล | ไม่ประเมินรอบที่1(15) |  | / | 15 | มีการติดตามกระบวนงานตามแผนพัฒนาส่วนขาด |
| 5 | มีกระบวนการสรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินงาน | ไม่ประเมินรอบที่1(5) |  | / | 5 | มีเอกสารสรุปผลและถอดบทเรียน |
| 6 | มีกระบวนการประเมินหน่วยงานโดยใช้แบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ปี 2559 (Evidence-based Intergrity& Transparency Assessment : ITA) โดยให้ค่าคะแนนจากผลการประเมินดังนี้  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ 70 ได้50 คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ 60-69 ได้ 40 คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ 50-59 ได้ 30 คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านร้อยละ 40-49 ได้ 20 คะแนน  มีค่าเฉลี่ยผ่านน้อยกว่าร้อยละ 40 ได้ 10 คะแนน | รอบที่1 ไม่ประเมิน(50) |  | / | 40 | มีเอกสารประเมินผลหน่วยงาน |
| **รวมคะแนน** | | **100** |  |  | **90** |  |

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **4** | **(5)** |
| **ร้อยละคะแนน** | **5** | **15** | **20** | **25** | **30** |

**สรุปคะแนนที่ได้............................30........................**

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๒**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<๔0** | **๔0** | **๕0** | **๖0** | **≥๗0** |

**สรุปคะแนนที่ได้........................90............................**

**จุดยืนที่ 2 พัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

**ตัวชี้วัดที่ 5.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

| **ข้อที่** | **รายละเอียดกิจกรรมตามคำอธิบายตัวชี้วัด**  **เกณฑ์(UCCARE)** | **คะแนนเต็ม** | **ผลการประเมิน** | | | **คะ**  **แนนที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ไม่มี** | | **มี/ทำอย่างไร** |
| 1 | **การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ**  **( U: Unity District Health Team)**  (เป็นรูปธรรม ชัดเจน = 10 คะแนน ,ไม่เป็นรูปธรรม ไม่ชัดเจน = 5 คะแนน ,ให้ข้อมูล และทวนสอบไม่ได้ = 1 ) | 10 |  | | / | 10 |  |
| 1.1 มีการกำหนดภารกิจ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่และบูรณาการความร่วมมือ การทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ลงสู่พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ด้วยกลไกภายนอก คือ 3 ดี DHSและกลไกภายใน คือ คปสอ. | 2 |  | | / | 2 | มีคำสั่งDHS 1 คะแนน  มีคำสั่งคปสอ. 1 คะแนน |
| 1.2 มีดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และติดตามงานอย่างต่อเนื่อง  -มีการประชุมอย่างน้อย ๓ ครั้ง/ปี  -มีบันทึกสรุปรายงานการประชุม | 2 |  | | / | 2 | ประเมินรอบที่ 1 ประชุม1ครั้งพร้อมรายงาน  รอบที่2ประชุมอย่างน้อย3ครั้ง/ปีพร้อมรายงาน |
| 1.3 มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพปรับกลยุทธ์ของแผนระดับอำเภอ ตำบล ท้องถิ่น เชื่อมโยงถึงระดับชุมชน | 2 |  | | / | 2 | แผนยุทธศาสตร์ |
| 1.4 มีกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ อย่างเป็นระบบ แบบมีส่วนร่วม ภายใน ภายนอก เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล จนถึงชุมชน เป็นแผนสนับสนุนครอบคลุมทุกเป้าประสงค์ รวมทั้งแผนแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ (ODOP) และปัญหาร่วมของเขต จังหวัด (OV/CCA,DM,HT Stroke STEMI, พัฒนาการสมวัย การแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีน) | 2 |  | | / | 2 | รูปถ่ายกระบวนการทำยุทธศาสตร์ |
| 1.5 มีการกำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งภายใน ด้วยระบบ คปสอ. และ แบบบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานภายนอก ด้วยกลไก DHS จนส่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ | 2 |  | / | | 2 | รายงานผลการประเมินตนเอง |
| 2 | **การวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ**  **(C: Customer Focus)** | 10 |  | / | | 10 |  |
| 2.1 มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือตาม ๕ กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ.ข้อมูลสถานสุขภาพโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ตั้งแต่ปี๒๕๕๕-๒๕๕๘ เปรียบเทียบรายตำบล จนถึงระดับชุมชน | 2 |  | / | | 2 | ข้อมูลHDCอำเภอ |
| 2.2 มีช่องทางรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ หุ้นส่วนการพัฒนาสุขภาพ | 2 |  | / | | 2 | การประชุม/การทำแผน/ประชาคม |
| 2.3 มีแนวทางจัดการ หรือ แก้ปัญหาตามความต้องการของผู้รับบริการตามแผนบริการสุขภาพ ชุมชน หุ่นส่วนหรือภาคีสุขภาพ ตามแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ | 2 |  | / | | 2 | แผนปฏิบัติการ |
| 2.4 มีการจัดบริการตามกลุ่มเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม ครบถ้วน ถูกต้อง และครอบคลุม และปรับแผนกิจกรรมให้ตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย | 2 |  | / | | 2 | แผนปฏิบัติการ |
| 2.5 ปัญหาได้รับการแก้ไข เท่าทันสถานการณ์ ตรงกลุ่มตรงความต้องการ ประชาชนมีความพึงพอใจ | 2 |  | / | | 2 | แผนปฏิบัติการ |
| 3 | **การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (C:Community participation)** | 10 |  | / | | 8 |  |
| 3.1 มีการจัดทำวาระ หรือกติกา ที่เอื้อต่อการจัดการลดโรค ภัยสุขภาพ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล ถึงชุมชน นำสู่การปฏิบัติจนเกิดผลเป็นรูปธรรมทุกระดับ | 2 |  | / | | 2 | ประกาศวาระสุขภาพคปสอ.เมืองกาฬสินธุ์15 ธ.ค. 58  (MOU) |
| 3.2 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล | 2 |  | / | | 2 | แผนปฏิบัติการ |
| 3.3 มีการบูรณาการแผนและงบประมาณ จากอำเภอ ตำบลจนถึงชุมชน โดยชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณทุกพื้นที่ของตำบลทั้งจากกองทุนสุขภาพ ชุมชนสมทบ และแหล่งอื่นๆโดยมีเอกสารที่บ่งบอกแหล่งที่มาชัดเจน | 2 |  | / | | 2 | แผนปฏิบัติการ |
| 3.4 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม | 2 |  | / | | 1 | แผนปฏิบัติการ |
| 3.5 อำเภอ ตำบล ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | 2 |  | / | | 1 | แผนปฏิบัติการ |
| 4. | **การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (A:Appreciation)** | 10 |  | / | | 10 |  |
| 4.1 ทีมบุคลากรสาธารณสุข  -มีความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ เป้าหมายให้บริการ พื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน | 5 |  | / | | 5 | สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบ |
| -มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่ |  |  | / | |  |  |
| -เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น |  |  | / | |  |  |
| -ผู้รับบริการ ประชาชน ภาคีสุขภาพ เห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน |  |  | / | |  |  |
| -เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ |  |  | / | |  |  |
| 4.2 หุ้นส่วนและภาคีสุขภาพ | 5 |  | 5 | | 5 | ผลการประเมินจากGoal1 |
| -ความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ เป้าหมายให้บริการ พื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน |  |  | / | |  |  |
| - มีการสะท้อนนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่ |  |  | / | |  |  |
| -มีการรายงานความก้าวหน้าผลงาน 3 ดี แผนสุขภาพการแก้ไขปัญหาของพื้นที่นำเสนอเวทีชุมชน ท้องถิ่น ส่วนราชการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุกไตรมาส |  |  | / | |  |  |
| -ทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ |  |  | / | |  |  |
| -มีการเชิดชูผลงานดีเด่น ของทีมงาน บุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ส่วนราชการที่มีผลงานดีเด่นตามแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ |  |  | / | |  |  |
| 5. | **การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (R:Resource sharing and human development)** | 10 |  | / | | 10 | แผนพัฒนา  บุคลากร |
| 5.1 ทีมระดับ คปสอ. 3 ดีDHS มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพทีมยุทธศาสตร์แบบมืออาชีพ ในการบริหารและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด  - มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง  - มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge, DHML, CBL, FM)และทักษะ(Skill)  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยง การดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ แก่ประชาชนได้ | 3 |  | /  /  /  /  / | | 3 |  |
| 5.2 การพัฒนาศักยภาพนักจัดการสุขภาพ อสม.แกนนำครอบครัวให้มีความรู้ ทักษะทั้งการจัดการ การพัฒนาระบบสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ชุมชน การดูแลสุขภาพของคนในครัวเรือนให้สามารถพึ่งตนเองได้ | 3 |  | | / | 3 |  |
| 5.3 การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณโดยมีการบูรณาการลงขันสนับสนุนร่วมกันทั้งการสนับสนุนจากจังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน ภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน | 4 |  | | / | 4 |  |
| 6. | **การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E:Essential care)** | 10 |  | | / | 10 | แผนG4และArea Based |
| 6.1 มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือตาม ๕ กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ. | 2 |  | | / | 2 | มีแผนG3,G4และArea Based |
| 6.2 มีการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่ | 2 |  | | / | 2 | มีแผนArea Basedทุกรพ.สต.ศสม. 25 เรื่อง |
| 6.3 มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญไม่น้อยกว่า ๓ โครงการในภาพของอำเภอ(ODOP)โดยกำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ ที่ชัดเจน | 2 |  | | / | 2 | แผนงานคร. 3เรื่อง  1.MCH :รพ.สต.หนองแวงใหญ่  2.NCD : รพ.สต.ดงสว่าง  3.OV CCA :รพ.สต.แกแปะ |
| 6.4 มีทีมนิเทศที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพ คปสอ.จนถึงระดับตำบล ชุมชน |  |  | | / |  | แผนออกนิเทศและประเมินผล |
| 6.5 มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น | 2 |  | | / | 2 |  |
| 7 | ผลลัพธ์การบริหารแผนงานโครงการของ คปสอ.  ร้อยละของโครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์  (Master Plan) ที่บรรลุตามเป้าหมายของกิจกรรม ร้อยละ 80  มีร้อยละ 80 ได้คะแนน 40 คะแนน  มีร้อยละ 70-79 ได้คะแนน 30 คะแนน  มีร้อยละ 60-69 ได้คะแนน 20 คะแนน  มีร้อยละ 50-59 ได้คะแนน 10 คะแนน  มีร้อยละ 40-49 ได้คะแนน 1คะแนน | *(40)*  *ไม่ประเมินรอบ1* |  | | / | 30 |  |
| **รวมคะแนน** | | **100** |  | |  | **88** |  |

**แหล่งข้อมูล** แผนงานโครงการแหล่งงบประมาณสนับสนุน ผลการดำเนินงาน และผลการเบิกจ่าย

-แผน คปสอ.

-แผน Master Plan

-แผน รพ.สต.

-แผน กองทุน

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๑**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **4** | **( 5 )** |
| **ร้อยละคะแนน** | **40** | **45** | **50** | **55** | **60** |

**สรุปคะแนนที่ได้.................................60.......................**

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<60** | **60** | **70** | **80** | **≥90** |

**สรุปคะแนนที่ได้........................88.........................................**

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

**ตัวชี้วัดที่ 5.๓ ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

| **ข้อที่** | **รายละเอียดกิจกรรมตามคำอธิบายตัวชี้วัด**  **เกณฑ์(UCCARE)** | **คะ**  **แนนเต็ม** | **ผลการประเมิน** | | **คะ**  **แนนที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| 1 | มีกระบวนการทบทวน ระบบข้อมูลสารสนเทศ  ในการบริหารยุทธศาสตร์ | ๑๕ |  |  | ๑๕ |  |
|  | ๑.๑ มีสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด กระทรวง เขต จังหวัด QOF ปี ๒๕๕๘ | (๕) |  | **/** | **๕** | - มีสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด |
|  | ๑.๒ มีผลการวิเคราะห์ ระบบข้อมูลสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์ | (๕) |  | **/** | **๕** | - มีสรุปวาระการประชุม |
|  | ๑.๓ มีการวางแผนงานโครงการ | (๕) |  | **/** | **๕** | - มีแผนงานโครงการ |
| 2 | มีกระบวนการจัดทำโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ในระดับคปสอ./รพ./สสอ./รพ.สต.ในการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศที่ศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ(DistrictHealth Data Center: DHDC ) | ๒๐ |  |  | ๒๐ |  |
|  | ๒.๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับคปสอ.รพ สสอ. รพ.สต. ในพัฒนาการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่ศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ | (๕) |  | **/** | **๕** | - มีคำสั่ง |
|  | ๒.๒ มีการจัดทำศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ,คปสอ. (DistrictHealth Data Center : DHDC) | (๑๕) |  | **/** | **๑๕** | - มีศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ,คปสอ. (DistrictHealth Data Center: HDC) |
| 3 | 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 ๑๕ของเดือนถัดไป  -คิดคะแนนจาก =จำนวนเดือนที่รายงาน x ๑๐  ๑๐ เดือน | ๑๐ |  | / | ๑๐ | - การส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มนับ ๑๒ เดือน  -รอบ1 = 6เดือน  (ตค.58-มีค.59)  -รอบ 2= 10เดือน  (ตค.58-กค.59) |
| **๕.** | มีกระบวนการนำเสนอข้อมูลสารสนเทศมาใช้บริหารยุทธศาสตร์อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ได้แก่โรคและภัยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ระบาดวิทยา (รูปแบบเป็นเอกสารประจำเดือนในระดับอำเภอ)  - คิดคะแนนจาก =จำนวนเดือนที่รายงาน x ๒๐  5 เดือน | ๒๐ |  | / | ๒๐ | - เอกสารประจำเดือนเริ่มมกราคม ๒๕๕๙  -รอบ 1 (มีค.59)  -รอบ 2 (มีค.-กค.59) |
| **๖** | มีรายงาน Executive summary การดำเนินงาน(วิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาข้อมูลเสนอ สสจ.โซน ทุกเดือนภายในวันที่ ๑๐ของเดือนถัดไป)  -คิดคะแนนจาก =จำนวนเดือนที่รายงาน x ๑๐  5 เดือน | ๒๐ |  | **/** | **20** | - เอกสารรายงาน Executive summary การดำเนินงาน  **-**รอบ1 (มีค.59) ส่งวันที่10 เม.ย59  -รอบ 2 (เม.ย-กค.59) |
|  | **รวมคะแนน** | **100** |  |  | 100 |  |

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **(4)** | **5** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<60** | **60** | **70** | **80** | **≥90** |

**สรุปคะแนนที่ได้.......................5......................................**

**จุดยืนที่ 4** หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับของจังหวัดมีการสร้างองค์ความรู้ เป็นแหล่งเรียนรู้ของการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อตอบสนองนโยบายสาธารณสุขทุกระดับ และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ และการปฏิบัติการทุกระดับ และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่อาเซียน

**ตัวชี้วัดที่ 5.4 ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **ผลการประเมิน** | | **คะแนน**  **ที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| 1 | โรงพยาบาลมีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | 20 |  | / | 20 | การประเมินรอบที่ 1 จะต้องมีเค้าโครงเรื่อง  การประเมินรอบที่ ๒ จะต้องมีเอกสารฉบับสมบูรณ์ |
| 2 | สสอ./รพ.สต มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | 20 |  | / | 20 |
| 3 | กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล  มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการและ  การแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | 20 |  | / | 15.4 |
| 4 | จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ในการบริหารจัดการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่  -รพ.มีการจัดเวที/ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 4 ครั้ง  -สสอ./รพ.สต. มีการจัดเวที/ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 4 ครั้ง | 10  (รอบที่ 1 คะแนน5) |  |  | 10 | มีหลักฐานการประชุม 1 ครั้งได้คะแนน 2.5 คะแนน  ประเมินรอบที่ 1 ต้องประชุม 2 ครั้ง |
| 5 | มีผลงานนำเสนอระดับประเทศ อย่างน้อย 3 เรื่อง/คปสอ. | (30)ไม่ประเมินรอบที่1 |  | / | 30 | มีหลักฐานการนำเสนอ  เรื่องละ10คะแนน |
| **รวมคะแนน** | | **100** |  |  | **95.4** |  |

**เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินรอบที่ 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **(4)** | **5** |
| **ร้อยละคะแนน** | **45** | **50** | **55** | **60** | **65** |

คะแนนที่ได้.......4...........

**เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินรอบที่ ๒**

**เกณฑ์การให้คะแนน**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **ร้อยละคะแนน** | **<60** | **60** | **70** | **80** | **≥90** |

**คะแนนที่ได้.........5.........**

**สูตรคำนวณสำหรับข้อ 1 – ข้อ 3**

1.โรงพยาบาลมีโรงพยาบาลมีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

(20 คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล | X 20 |
| จำนวนหน่วยงานในโรงพยาบาลทั้งหมด |

1. สสอ.และ รพ.สต มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

(20 คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของ สสอ. + รพ.สต. | X 20 |
| จำนวนหน่วยงานสสอ. + รพ.สต.ทั้งหมด |

**หมายเหตุ**: หาก สสอ. ไม่มีการจัดทำองค์ความรู้ จะไม่นำมาคิดเป็นคะแนนในข้อนี้

3. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล มีองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (20 คะแนน) คำนวณได้จาก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คะแนนที่ได้ = | จำนวนองค์ความรู้ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล | X 20 |
| จำนวนหน่วยงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลทั้งหมด |

**แหล่งข้อมูล** 1. เอกสารองค์ความรู้ 2. แบบสรุปการพัฒนาองค์ความรู้

**สรุปการให้คะแนนประเมินผลเป้าประสงค์ที่ 5**

| **ตัวชี้วัดย่อย** | **เกณฑ์การให้คะแนน (x)** | | | | | **ค่าถ่วงน้ำหนัก**  **(Y)** | **คะแนน**  **ที่ได้**  **(Z)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 5.1ระดับความสำเร็จในการนำหลัก  ธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารจัดการ  เชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานf | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) | **3** | **15** |
| 5.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา  ระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 | **4** | **16** |
| 5.3 ระดับความสำเร็จของการจัดการ  ระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์ | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) | **4** | **20** |
| 5.4 ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) | **4** | **20** |
| **คะแนนรวมทุกตัวชี้วัด** |  |  |  |  |  | **15** | **71** |

**สูตรคำนวณร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก =คะแนนที่ได้รวมทุกตัวชี้วัด (71) x 100**

**ค่าถ่วงน้ำหนักรวมทุกตัวชี้วัด(75)**

**เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **4** | **(5)** |
| **ร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก** | **<50** | **50** | **60** | **70** | **≥80** |

**สรุปผลคะแนนระดับความสำเร็จ ของ คปสอ. =ระดับ……5 คะแนน ร้อยละ ....94.67………**