**แบบประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ 2560**

**เป้าประสงค์ที่ 4 ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสาธารณสุข**

**มีความเป็นเลิศและทันสมัย**

ชื่อหน่วยงานรับการประเมิน คปสอ.นามน อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อทีมประเมิน. คณะกรรมการเป้าประสงค์ที่ ๓วันเดือนปีที่ประเมิน ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

**วัตถุประสงค์การประเมิน**

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

**เครื่องมือประเมินผล**

1. **ชุดที่ ๑ แบบ Checklist ตามตัวชี้วัดย่อย**
2. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
3. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)
4. ระดับความสำเร็จของการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์
5. ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย

**๒.** แบบประเมิน/แบบรายงานประกอบตัวชี้วัดย่อย มีดังนี้

๑. ตัวชี้วัดที่ 8.๑ : 1) แบบประเมินธรรมาภิบาลเชิงประจักษ์ ( EBIT)

๒. ตัวชี้วัดที่ 8.๒ : 1) แบบรายงานความก้าวหน้าแผนงานโครงการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของ

คปสอ.และ Master Plan

2) แบบสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการของ คปสอ.

๓.ตัวชี้วัดที่ 8.3 : 1) แบบรายงานบทสรุปสำหรับผู้บริหารบทวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหา

และบทเรียนความสำเร็จของพื้นที่

**กลุ่มเป้าหมายให้ข้อมูล**

ระดับ คปสอ. ประกอบด้วยคณะกรรมบริหารเป้าประสงค์ที่ 4

**วิธีการประเมินผล**

**ข้อมูลเชิงปริมาณ**

1. คณะกรรมการบริหารเป้าประสงค์ที่ 4 ของ คปสอ.ทำการประเมินตนเองและรวบรวมเอกสารอ้างอิงประกอบตามเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อ ของตัวชี้วัดย่อย
2. ทีมประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดทำการประเมินจากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

**ชุดที่ ๑ แบบ Checklist เป้าประสงค์ที่ 4 (รอบที่ 2)**

**จุดยืนที่ ๑ทีมบริหารนำหลักธรรมาภิบาลมุ่งสู่การบริหารยุทธศาสตร์**

**ตัวชี้วัดที่ 8.๑ระดับความสำเร็จของกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**

**แบบประเมิน รอบที่ 2 (ผลงานตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)**

| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน**  **เต็ม** | **ผลการประเมิน** | | **คะแนน**  **ที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| 1 | มีกระบวนการประกาศนโยบาย กรอบทิศทาง  การใช้หลักธรรมาภิบาลของ คปสอ.ในการบริหาร  1.1 มีกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ได้แก่ การวิเคราะห์ กำหนดมติระดมความคิดและสรุปความคิด (5 คะแนน)  1.2มีการประกาศนโยบายที่ชัดเจนเข้าถึงได้  (2 คะแนน)  1.3มีกรอบทิศทาง แนวทางในการขับเคลื่อนนโยบาย( 3 คะแนน) | **10**  (5)  (2)  (3) |  | มี  (ประชุม)  มี  (ประกาศ)  มี  (แผน) | ๑๐  (๕)  (๒)  (๓) | -สรุปรายงานการประชุมฯ  -ประกาศฯของหน่วยงาน  -เอกสารแผนการขับเคลื่อน |
| 2 | มีกระบวนการวิเคราะห์ และประเมินตนเองเพื่อหาส่วนขาดตามหลักธรรมาภิบาลฯ  2.1มีการประเมินตนเองเพื่อหาส่วนขาด(5คะแนน)  2.2มีขั้นตอน/ผลการวิเคราะห์องค์กร(5คะแนน) | **10**  (5)  (5) |  | มี  มี | ๑๐  (๕)  (๕) | -เอกสารการ  วิเคราะห์และประเมินส่วนชาด |
| 3 | มีแผนพัฒนาส่วนขาดในหลักธรรมาภิบาลในการบริหารทั่วทั้งองค์กรและปฏิบัติตามแผน **เป็นรูปธรรม** | **10** |  | มี | ๑๐ | -แผนพัฒนาส่วนขาด |
| 4 | มีกระบวนการติดตามเร่งรัดและปรับปรุงกระบวน  งานหรือขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนในการบริหารทั่วทั้งองค์กร ให้สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล  4.1 มีแผนการควบคุมกำกับติดตาม (5คะแนน)  4.2 มีการสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาและผลการดำเนินงาน (10 คะแนน) | **15**  (5)  (10) |  | มี  มี | ๑๕  (๕)  (๑๐) | --แผนการกำกับติดตามการดำเนินงาน  -สรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาฯ |
| 5 | มีกระบวนการสรุปผลและถอดบทเรียนการดำเนินงาน | **5** |  | มี | ๕ | -เอกสารสรุปผลและถอดบทเรียน |
| 6 | มีกระบวนการประเมินหน่วยงานโดยแบบประเมินธรรมาภิบาลเชิงประจักษ์(EBIT) ตามเกณฑ์ดังนี้  มีค่าคะแนน≥ร้อยละ 80ได้ 50 คะแนน  มีค่าคะแนนร้อยละ 60-79ได้ 40 คะแนน  มีค่าคะแนนร้อยละ 40-59ได้ 30 คะแนน  มีค่าคะแนนร้อยละ 20-39ได้ 20 คะแนน  มีค่าคะแนน ≤ร้อยละ 20 ได้ 10 คะแนน | **50** |  | มี | 40.93 | -เอกสารสรุปการประเมินผลEBITของหน่วยงาน |
| **รวมคะแนน** | | **๑๐0** |  |  | **90.93** |  |

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ ๒**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **คะแนนที่ได้** | **<80** | **80-84** | **85-89** | **90-94** | **≥95** |

**สรุปคะแนนที่ได้ ๙๐.๙๓**

**จุดยืนที่ 2 พัฒนาระบบการบริหารจัดการยุทธศาสตร์**

**ตัวชี้วัดที่ 8.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)**

**แบบประเมิน รอบที่ 2 (ผลงานตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2560)**

| **ข้อที่** | **รายละเอียดกิจกรรมตามคำอธิบายตัวชี้วัด**  **เกณฑ์(UCCARE)** | **คะแนนเต็ม** | **ผลการประเมิน** | | | **คะ**  **แนนที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ไม่มี** | | **มี/ทำอย่างไร** |
| 1 | **การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ**  **( U: Unity District Health Team)** | **10** |  | |  | ๑๐ |  |
| 1.1 มีการกำหนดภารกิจ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่และบูรณาการความร่วมมือ  การทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพ ลงสู่พื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ด้วยกลไกภายนอก คือ 3 ดี DHSและกลไกภายใน คือ คปสอ. (เป็นรูปธรรมชัดเจน=2คะแนน , ไม่ชัดเจน= 1คะแนน, ทวนสอบไม่ได้ =0คะแนน) | (2) |  | | มี | ๒ | -คำสั่งDHSอำเภอ/ตำบล  -คำสั่งคปสอ. |
| 1.2 มีดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และติดตามงานอย่างต่อเนื่อง  -มีการประชุมอย่างน้อย ๓ ครั้ง/ปี(1คะแนน)  -มีบันทึกสรุปรายงานการประชุม (1คะแนน) | (2) |  | | มี | ๒ | -สรุปรายงานผลการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี |
| 1.3 มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพปรับกลยุทธ์ของแผนระดับอำเภอ ตำบล ท้องถิ่น เชื่อมโยงถึงระดับชุมชน | (2) |  | | มี | ๒ | -แผนยุทธศาสตร์  คปสอ./แผน รพ.สต./แผนกองทุน |
| 1.4 มีกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ อย่างเป็นระบบ แบบมีส่วนร่วม ภายใน ภายนอก เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล จนถึงชุมชน เป็นแผนสนับสนุนครอบคลุมทุกเป้าประสงค์ รวมทั้งแผนแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ (ODOP) | (2) |  | | มี | ๒ | -ภาพถ่าย/เอกสารสรุปกระบวนการทำยุทธศาสตร์ของคปสอ. |
| 1.5 มีการกำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งภายใน ด้วยระบบ คปสอ. และ แบบบูรณาการ ร่วมกับหน่วยงานภายนอก ด้วยกลไก DHS จนส่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ | (2) |  | มี | | ๒ | -รายงานผลการประเมินตนเองรอบ1และ2  ปี 2560 |
| 2 | **การวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ**  **(C: Customer Focus)** | **10** |  |  | | ๑๐ |  |
| 2.1 มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือตาม ๕ กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน และแยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวมของ คปสอ.ข้อมูลสถานะสุขภาพโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ตั้งแต่ปี๒๕๕๕-๒๕๕9 เปรียบเทียบรายตำบล จนถึงระดับชุมชน | (2) |  | มี | | ๒ | ข้อมูลHDCอำเภอ |
| 2.2 มีช่องทางรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ หุ้นส่วนการพัฒนาสุขภาพ | (2) |  | มี | | ๒ | ประชุม/การทำแผน/ประชาคม |
| 2.3 มีแนวทางจัดการ หรือ แก้ปัญหาตามความต้องการของผู้รับบริการตามแผนบริการสุขภาพ ชุมชน หุ่นส่วนหรือภาคีสุขภาพ ตามแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ | (2) |  | มี | | ๒ | แผนปฏิบัติการคปสอ. |
| 2.4 มีการจัดบริการตามกลุ่มเป้าหมายอย่างมีส่วนร่วม ครบถ้วน ถูกต้อง และครอบคลุม และปรับแผนกิจกรรมให้ตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย | (2) |  | มี | | ๒ | แผนปฏิบัติการคปสอ. |
| 2.5 ปัญหาได้รับการแก้ไข เท่าทันสถานการณ์ ตรงกลุ่มตรงความต้องการ ประชาชนมีความพึงพอใจ | (2) |  | มี | | ๒ | แผนปฏิบัติการคปสอ. |
| 3 | **การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (C:Community participation)** | **10** |  |  | | ๑๐ |  |
| 3.1 มีการจัดทำวาระหรือกติกาที่เอื้อต่อการจัดการลดโรคภัยสุขภาพ เชื่อมโยงตั้งแต่บอำเภอ/ตำบล ถึงชุมชน นำสู่การปฏิบัติจนเกิดผลเป็นรูปธรรม | (2) |  | มี | | ๒ | MOU |
| 3.2 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล | (2) |  | มี | | ๒ | แผนปฏิบัติการคปสอ. |
| 3.3 มีการบูรณาการแผนและงบประมาณ จากอำเภอ ตำบลจนถึงชุมชน โดยชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณทุกพื้นที่ของตำบลทั้งจากกองทุนสุขภาพ ชุมชนสมทบ และแหล่งอื่นๆโดยมีเอกสารที่บ่งบอกแหล่งที่มาชัดเจน | (2) |  | มี | | ๒ | แผนปฏิบัติการคปสอ./แผนรพ.สต./แผนกองทุน/อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง |
| 3.4 ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม | (2) |  | มี | | ๒ | สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ |
| 3.5 อำเภอ ตำบล ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น | (2) |  | มี | | ๒ | สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ |
| **4.** | **การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและ**  **ผู้ให้บริการเอง (A:Appreciation)** | **10** |  |  | | ๗ |  |
| **4.1 ทีมบุคลากรสาธารณสุข**  -มีความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ เป้าหมายให้บริการ พื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน (1 คะแนน) | (5) |  | มี | | ๑ | สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบ |
| -มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่(1 คะแนน) |  |  | มี | | ๑ |  |
| -เจ้าหน้าที่หรือทีมงานพึงพอใจในงานและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น(1 คะแนน) |  |  | มี | | ๑ |  |
| -ผู้รับบริการ ประชาชน ภาคีสุขภาพ เห็นคุณค่าและชื่นชมเจ้าหน้าที่หรือทีมงาน(1 คะแนน) |  |  | มี | | ๑ |  |
| -เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ(1 คะแนน) |  |  | มี | | ๑ |  |
| **4.2 หุ้นส่วนและภาคีสุขภาพ**  -ความเป็นเจ้าของแผนงานโครงการ เป้าหมายให้บริการ พื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน (๑คะแนน) | (5) |  | มี | | ๑ | -ใช้ผลการประเมินจากGoal 5  -สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง |
| - มีการสะท้อนนำข้อมูลที่เป็นปัญหามาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่(๑ คะแนน) |  |  | มี | | ๑ |
| -มีการรายงานความก้าวหน้าผลงาน 3 ดี แผนสุขภาพการแก้ไขปัญหาของพื้นที่นำเสนอเวทีชุมชน ท้องถิ่น ส่วนราชการอย่างต่อเนื่อง (๑ คะแนน) |  |  | ไม่มี | | ๐ |
| -ทีมงานรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ(๑คะแนน) |  |  | ไม่มี | | ๐ |
| -มีการเชิดชูผลงานดีเด่น ของทีมงาน บุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ส่วนราชการที่มีผลงานดีเด่นตามแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์(๑ คะแนน) |  |  | ไม่มี | | ๐ |
| 5. | **การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร**  (R:Resource sharing and human evelopment) | **10** |  |  | | **๑๐** | แผนพัฒนา  บุคลากร |
| 5.1 ทีมระดับ คปสอ. 3 ดีDHS มีกระบวนการ  พัฒนาศักยภาพทีมยุทธศาสตร์แบบมืออาชีพ ในการบริหารและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด  - มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการบุคคลหรือหน่วยงาน อบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง  - มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge, DHML, CBL, FM)และทักษะ(Skill)  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม  - มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนา การดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพ แก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน | (3) |  | มี | | 3 |  |
| 5.2 การพัฒนาศักยภาพนักจัดการสุขภาพ อสม.แกนนำครอบครัวให้มีความรู้ ทักษะทั้งการจัดการ การพัฒนาระบบสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ชุมชน การดูแลสุขภาพของคนในครัวเรือนให้สามารถพึ่งตนเองได้ | (3) |  | | มี | 3 |  |
| 5.3 การบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณโดยมีการบูรณาการลงขันสนับสนุนร่วมกันทั้งการสนับสนุนจากจังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน ภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน | (4) |  | | มี | 4 |  |
| 6. | **การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E:Essential care)** | **10** |  | |  | ๑๐ | แผนG1และArea Based |
| 6.1 มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO หรือ ๕ กลุ่มวัย เป็นปัจจุบัน แยกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย | (2) |  | | มี | 2 | สรุปข้อมูลของคปสอ. |
| 6.2 มีการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่ | (2) |  | | มี | 2 | สรุปปัญหาสุขภาพฯ |
| 6.3 มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญไม่น้อยกว่า ๓ โครงการในภาพของอำเภอ(ODOP)โดยกำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ชัดเจน | (2) |  | | มี | ๒ | แผนคปสอ. |
| 6.4 มีทีมนิเทศที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพคปสอ./ตำบล/ชุมชน | (2) |  | | มี | ๒ | แผนนิเทศและประเมินผล |
| 6.5 มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น | (2) |  | | มี | ๒ | Best Practice |
| 7 | ผลลัพธ์การบริหารแผนงานโครงการของ คปสอ.  ร้อยละของโครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์  (Master Plan) ที่บรรลุตามเป้าหมายของกิจกรรม  มีร้อยละ 80 ได้คะแนน 20 คะแนน  มีร้อยละ 70-79 ได้คะแนน 15คะแนน  มีร้อยละ 60-69 ได้คะแนน 10 คะแนน  มีร้อยละ 50-59 ได้คะแนน 5คะแนน  มีร้อยละ 40-49 ได้คะแนน 1คะแนน | **20** |  | |  | ๒๐ | -แบบรายงานความก้าวหน้าแผนงาน /  โครงการคปสอ.  -แบบสรุปแผนงาน/  โครงการคปสอ. |
| **8** | อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปตามแนวทาง DHS-PCA เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพจาก Service Planจนถึงตำบลจัดการสุขภาพ  เกณฑ์ในการให้คะแนน ใช้ผลการประเมินจากการตรวจราชการฯ รอบที่ 2 (กรกฎาคม 2560) ในการพิจารณาคะแนนระดับอำเภอ ดังนี้ | **20** |  | |  | ๒๐ | -สรุปรายงานผลการพัฒนาระบบปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ (DHS :District Health System)ปี2560  (ตก.1 รอบ 2 ปี 2560) |
|  | 8.1 ร้อยละของอำเภอที่มี DHS เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ  - ผลงาน ≥ ร้อยละ 95 = 10 คะแนน  - ผลงาน ร้อยละ 80-95 = 5 คะแนน  - ผลงาน <ร้อยละ 80 = 0 คะแนน | (10) |  | |  | ๑๐ |
|  | 8.2 อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS ตามองค์ประกอบฯ  - ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 - 5 = 10 คะแนน  - ผ่านเกณฑ์ ระดับ 1 และ 2 = 5 คะแนน  - ไม่ผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพ = 0 คะแนน | (10) |  | |  | ๑๐ |
| **รวมคะแนน** | | **100** |  | |  | **97** |  |

**เกณฑ์การให้คะแนน รอบที่ 2**

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

**สรุปคะแนนที่ได้ ๙๗**

**จุดยืนที่ ๓หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีระบบการสารสนเทศด้านสุขภาพและการประชาสัมพันธ์การสื่อสารทันสมัย นำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการงานและจัดระบบบริการประชาชนที่เอื้อต่อการตัดสินใจทางการบริหารทุกระดับและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ สร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสังคมเป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นในทุกระดับ**

**ตัวชี้วัดที่ 8.๓ ระดับความสำเร็จของการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์**

| **ข้อที่** | **รายละเอียดกิจกรรมตามคำอธิบายตัวชี้วัด** | **คะ**  **แนนเต็ม** | **ผลการประเมิน** | | **คะ**  **แนนที่ได้** | **เอกสารและ**  **หลักฐานอ้างอิง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| 1 | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและมีกระบวนการจัดทำโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ในระดับ  คปสอ./รพ./สสอ./รพ.สต. ในการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่ศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ  (DistrictHealth Data Center : DHDC) | ๕ |  | มี | 5 | - มีศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ,คปสอ. (DistrictHealth Data Center: HDC) |
| 2 | มีการวิเคราะห์ข้อมูลติดตามตัวชี้วัด ตรวจราชการ/เขต/QOF/คำรับรองการปฏิบัติราชการ/คุณภาพข้อมูลและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่าง data centerคปสอ.และHDCสสจ.เสนอที่ประชุม คปสอ.ทุกเดือน | 5 |  | มี | 5 | - มีสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด |
| 3 | มีกระบวนการติดตามและตรวจสอบข้อมูลสารสนเทศทุกเดือน | 5 |  | มี | 5 | -แผนการติดตาม/สรุป  ผลตรวจสอบข้อมูล |
| 4 | มีกระบวนการนำเสนอข้อมูลสารสนเทศมาใช้บริหารยุทธศาสตร์อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ได้แก่โรคและภัยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ระบาดวิทยา (รูปแบบเป็นเอกสาร/เวปไซต์ในระดับอำเภอ) | 1๐ |  | มี | 10 | - เอกสารประจำเดือนเริ่มมกราคม ๒๕60 |
| 5 | มีรายงาน Executive summary Success ของผู้บริหารระดับอำเภอ ได้แก่ ผอ.รพ./สสอ.และ  ผช.สสอ. (ส่งรง.ทุกเดือนตามช่องทางที่กำหนด) | 1๐ |  | มี | 5 | - เอกสารรายงาน Executive summary Success ผู้บริหาร |
| 6 | จัดส่งไฟล์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของชุดข้อมูลมาตรฐาน ก่อนส่งข้อมูลเข้าศูนย์ข้อมูลกลางจังหวัด(Health Data Center : HDC)ตามกำหนด | 5 |  | มี | 5 | -ฐานข้อมูล HDC |
| 7 | ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลการบันทึกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม  -ผลงาน ≥ร้อยละ80 = 20 คะแนน  -ผลงานร้อยละ 70-79 = 15 คะแนน  -ผลงานร้อยละ 60-69 = 10 คะแนน  -ผลงานร้อยละ ≤60 = 5 คะแนน  **สูตรคำนวณ**  จำนวนรพ./รพ.สต.ที่ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลฯผ่านเกณฑ์(ร้อยละ80) X 20  จำนวน รพ./รพ.สต.ทั้งหมด | 20 |  | 7/7  (100%) | ๒๐ | -รายงานคุณภาพการบันทึกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มตามเกณฑ์ฯ  (จาก สป.สช.) |
| 8 | ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ  เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 80) | 40 |  |  | ....... | รายงานคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก  (งานประกันฯ) |
|  | 8.1 ร้อยละของหน่วยบริการคุณภาพเวชระเบียนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (20 คะแนน)  -ผลงาน ≥ร้อยละ80 = 20 คะแนน  -ผลงานร้อยละ 70-79 = 15คะแนน  -ผลงานร้อยละ 60-69 = 10 คะแนน  -ผลงานร้อยละ ≤60 = 5คะแนน  **สูตรคำนวณ**  จำนวนรพ./รพ.สต.ที่ตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอกผ่านเกณฑ์(ร้อยละ80) X 20  จำนวน รพ./รพ.สต.ทั้งหมด | (20) |  | 7/7  (100%) | ๒๐ | **รอบ 2**  - ระดับอำเภอประเมินตนเองโดย ใช้ผลการประเมินจากทีม Audit ของอำเภอ  - ระดับจังหวัด ใช้ผลการประเมินจากทีมAudit ของจังหวัด |
|  | 8.2 ร้อยละของหน่วยบริการคุณภาพการให้ รหัส ICD10 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (20คะแนน)  -ผลงาน ≥ร้อยละ80 = 20 คะแนน  -ผลงานร้อยละ 70-79 = 15 คะแนน  -ผลงานร้อยละ 60-69 = 10 คะแนน  -ผลงานร้อยละ ≤60 = 5 คะแนน  **สูตรคำนวณ**  จำนวนรพ./รพ.สต.ที่ตรวจสอบคุณภาพการให้ รหัส ICD10ผ่านเกณฑ์(ร้อยละ80) X 20  จำนวน รพ./รพ.สต.ทั้งหมด | (20) |  | 7/7  (100%) | ๒๐ | **รอบ 2**  - ระดับอำเภอ ประเมินตนเองโดย ใช้ผลการประเมินจากทีม Audit ของอำเภอ  - ระดับจังหวัด ใช้ผลการประเมินจากทีมAudit ของจังหวัด |
|  | **รวมคะแนน** | **100** |  | 95 | 95 |  |

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

**สูตรคำนวณ**

**หมายเหตุ :** แบบประเมินรอบที่ 1 และ 2 ใช้แบบฟอร์มชุดเดียวกัน

**เกณฑ์การให้คะแนน**

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

**สรุปคะแนนที่ได้ ๙๕**

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

**ตัวชี้วัดที่ 8.4 ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย**

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

**แบบประเมิน รอบที่ 2 (ผลงานตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2559 –กรกฎาคม 2560)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อที่** | **เกณฑ์** | **คะแนน** | **ผลการประเมิน** | | **คะแนน**  **ที่ได้** | **เอกสารและหลักฐานอ้างอิง** |
| **ไม่มี** | **มี/ทำอย่างไร** |
| 1 | โรงพยาบาลมีโครงร่างองค์ความรู้ในการบริหารจัดการและการแก้ไขปัญหาในหน่วยงานและบันทึกใน KM blog | 20 |  | มี | ๒๐ | Web KM blog |
| 2 | สสอ./รพ.สต มีโครงร่างองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และบันทึกใน KM blog | 20 |  | มี | ๒๐ | Web KM blog |
| 3 | กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล มีโครงร่างองค์ความรู้ ในการบริหารจัดการและ  การแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และบันทึกใน KM blog | 20 |  | มี | ๑๐ | Web KM blog |
| 4 | จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ในการบริหารจัดการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างน้อย 2 ครั้ง | 10 |  | มี | ๑๐ | -มีหลักฐานการประชุม |
| 5 | มีผลงานนำเสนอระดับประเทศอย่างน้อย 3 เรื่อง/คปสอ. | 30 |  | มี | ๓๐ | -ผลการประกวดผลงานวิชาการ |
| **รวมคะแนน** | | **100** |  |  | **๙๐** |  |

**เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินรอบที่ 2**

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

**สรุปคะแนนที่ได้ ๙๐**

**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 4**

| **ตัวชี้วัดย่อย** | **เกณฑ์การให้คะแนน (x)** | | | | | **ค่าถ่วงน้ำหนัก**  **(Y)** | **คะแนน**  **ที่ได้**  **(Z)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 4.1ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินITA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **2** | **๒** |
| 4.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา  ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **5** | **๕** |
| 4.3 ระดับความสำเร็จของการจัดการ  ระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในการบริหารยุทธศาสตร์ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **3** | **๓** |
| 4.4 ระดับความสำเร็จการจัดการองค์ความรู้ของหน่วยบริการและภาคีเครือข่าย | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | **3** | **๓** |
| **คะแนนรวมทุกตัวชี้วัด** |  |  |  |  |  | **13** | **๑๓** |

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

**ค่าถ่วงน้ำหนักรวมทุกตัวชี้วัด(Y)**

**เกณฑ์การให้คะแนนระดับ คปสอ.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับความสำเร็จ** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **ร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก** | **<50** | **50-59** | **60-69** | **70-79** | **≥80** |

**สรุปผลคะแนนระดับความสำเร็จ ของ คปสอ. =ระดับ ๕**