

เกณฑ์การประเมิน คปสอ.ติดดาว ปี 2561			ประเมินตนเองใส่คะแนนในช่องสีเหลือง		
			คะแนนเต็มหมวดนโยบาย และตัวชี้วัด	35.00	3.02
			คะแนนรวม	61.50	5.30
ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	
1	ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์		2.50	0.50	
	ร้อยละของตำบลที่มีการประเมินตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน น้อยกว่าร้อยละ 60.00 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 60.00-64.99 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 65.00-69.99 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 70.00-74.99 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 75.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน	ผลการประเมินตำบล Long Term Care โดยสสจ. สระแก้ว A=ตำบลที่ผ่าน LTC ทั้งหมด B=ตำบลทั้งหมดในอำเภอ A/B*100	5.00	1.00	
			ร้อยละที่ได้		
2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย		2.00	0.30	
	คะแนนรวม		20.00	3.00	
	1.ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ น้อยกว่าร้อยละ 50.00 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 50.00-59.99 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 60.00-69.99 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 70.00-79.99 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	5.00	1.00	
			ร้อยละที่ได้		
	2.พบสงสัยล่าช้า น้อยกว่าร้อยละ 8.00 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 8.00-11.99 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 12.00-15.99 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 16.00-19.99 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 20.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	5.00	1.00	
			ร้อยละที่ได้		
3.การติดตามพัฒนาการ น้อยกว่าร้อยละ 50.00 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 50.00-59.99 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 60.00-69.99 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 70.00-79.99 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	5.00	1.00		
		ร้อยละที่ได้			
4.บริการกระตุ้นพัฒนาการ ไม่มีบริการ แต่มีการส่งต่อ ได้ 1 คะแนน มีบริการ ได้ 5 คะแนน		5.00			
3	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมส่วน		1.50	0.30	
	คะแนนรวม		10.00	2.00	
	ร้อยละของความครอบคลุมในการชี้แจงน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กวัยเรียน น้อยกว่าร้อยละ 50.00 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 50.00-59.99 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 60.00-69.99 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 70.00-79.99 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	5.00	1.00	
			ร้อยละที่ได้		
	ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน น้อยกว่าร้อยละ 62.00 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 62.00-63.99 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 64.00-65.99 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 66.00-67.99 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 68.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	5.00	1.00	
		ร้อยละที่ได้			
4	การดำเนินงานตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว One Health (Rabies/OV-CCA)		3.00	0.00	
	ร้อยละ 80 ของตำบลที่ดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว ผ่านเกณฑ์มาตรฐานนับจำนวนตำบลที่ได้คะแนน 80 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบลสุขภาพหนึ่งเดียว) ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน ร้อยละ 70.00-79.99 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 60.00-69.99 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 50.00-59.99 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 40.00-49.99 ได้ 1 คะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 40.00 ได้ 0 คะแนน	การประเมิน , ตำบลสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส	5.00	0.00	
			ร้อยละที่ได้		
	รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน ระดับตำบล		100.00		
	ด้านที่ 1 ศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล	จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์			
	1. มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล		2.00		
	2. มีคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล		8.00		
	ด้านที่ 2 ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับตำบล	จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์			
	1. มี SRRT One Health ระดับตำบล มีความพร้อมและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ		10.00		
	2. มีระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและฐานข้อมูล ครบ 3 ด้าน		10.00		
3. มีระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		10.00			

เกณฑ์การประเมิน คปสอ.ติดตาม ปี 2561				ประเมินตนเองใส่คะแนนในช่องสีเหลือง
		คะแนนเต็มหมวดนโยบาย และตัวชี้วัด	35.00	3.02
		คะแนนรวม	61.50	5.30
ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม
	ด้านที่ 3 มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม	จากเพิ่มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง		
	1. มีการวางแผน การดำเนินงานตามแผน กำกับติดตามและประเมินผล การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ		5.00	
	2. มีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม		5.00	
	ด้านที่ 4 มีผลสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว	จากเพิ่มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์		
	1. โรคนโยบายที่สำคัญของจังหวัดโรคพิษสุนัขบ้า		10.00	
	2. โรคพยาธิใบไม้ตับ		10.00	
	3. โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ด้าน คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ปี 2560 อีก 1 โรค/ภัยสุขภาพ		10.00	
	ด้านที่ 5 มีผลงานเด่น (Best Practice)	จากเพิ่มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์		
	1. มีนวัตกรรม กิจกรรมเด่น ด้านสุขภาพหนึ่งเดียวระดับตำบล		10.00	
	2. มีการสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน เพื่อการพัฒนาในปีต่อไป		10.00	
5	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่		4.00	0.40
	คะแนนรวม		5.00	0.50
	1.1 เร่งรัดการคัดกรองผู้ป่วยในประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อค้นหาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ให้เข้ารับการรักษาย่างครอบคลุม	ทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย	0.50	
	1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยรายใหม่ที่ค้นหาพบทุกรายได้ขึ้นทะเบียนรักษาวันโรค ร้อยละ 100	ทะเบียนผู้ป่วย	0.50	
	2.1 ส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการขาดการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยารักษา ภายใน 14 วัน		0.40	
	2.2 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก	ทะเบียนติดตาม	0.40	
	2.3 สร้างภาคีเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ สร้างความเข้าใจและเผยแพร่ความรู้แก่นักอาสาสมัคร ผู้นำชุมชนในพื้นที่เพื่อการดำเนินงานควบคุมโรควันโรคอย่างยั่งยืนในพื้นที่ ต่อไป	ภาพถ่าย สรุปกิจกรรม	0.20	
	3.1 วิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ เพื่อนำเสนอต่อภาคีเครือข่ายหาจุดเน้นและโอกาสในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย	ทะเบียนรายงาน	0.25	
	3.2 เฝ้าระวังการเกิดวันโรคต่อยาในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่		0.25	
	3.3 นิเทศติดตามการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ระดับ รพ.สต.		0.25	
	3.4 พัฒนาระบบการส่งต่อดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ		0.25	
	4.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85 น้อยกว่าร้อยละ 82.00 ได้ 0.15 คะแนน ร้อยละ 82.00-82.99 ได้ 0.30 คะแนน ร้อยละ 83.00-83.99 ได้ 0.45 คะแนน ร้อยละ 84.00-84.99 ได้ 0.60 คะแนน ร้อยละ 85.00 ขึ้นไป ได้ 0.75 คะแนน		0.75	0.25
	4.2 ผลการดำเนินงานอัตราการตายไม่เกินร้อยละ 5 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 ได้ 0.25 คะแนน ร้อยละ 5.01 - 5.50 ได้ 0.20 คะแนน ร้อยละ 5.51 - 6.00 ได้ 0.15 คะแนน ร้อยละ 6.01 - 6.50 ได้ 0.10 คะแนน ร้อยละ 6.51 ขึ้นไป ได้ 0.05 คะแนน		0.25	0.25
	5.1 สรุป ประเมินผล	สรุปผลการดำเนินงาน	0.50	
	5.2 ถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน		0.50	
6	ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง		3.00	0.00
	คะแนนรวม		100.00	0.00
	1. ระบบปฏิบัติการ		10.00	0.00
	จัดทำโครงสร้างระบบ ICS รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC)	หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบ ICS และศูนย์ EOC ระดับอำเภอ	5.00	
	จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ	หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ	5.00	
	2. EOC		15.00	0.00
	จัดเตรียมสถานที่/อุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ EOC	สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเปิด ศูนย์ EOC	5.00	

เกณฑ์การประเมิน คปสอ.ติดดาว ปี 2561			ประเมินตนเองใส่คะแนนในช่องสีเหลือง	
		คะแนนเต็มหมวดนโยบาย และตัวชี้วัด	35.00	3.02
		คะแนนรวม	61.50	5.30
ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม
	จัดทีมปฏิบัติการระดับอำเภอ(OperationSection) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน	รายชื่อการจัดตั้งทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRTฯ	5.00	
	มีแผนงานโครงการ EOC&SAT	แผนงาน/โครงการ	5.00	
	3. แผนงาน/โครงการ		20.00	0.00
	วิเคราะห์ และจัดลำดับสาธารณสุขภัยที่เสี่ยงในพื้นที่	แบบสรุป	5.00	
	จัดทีมตระหนักรู้อาการณ (SAT)ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบและประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ	- จัดทำเวร SAT ภาวะปกติ และจัดทำทะเบียน SAT /จัดทำ Outbreak Verification list ทุกสัปดาห์ /จัดทำ Spot Report - มีทะเบียนชื่อปฏิบัติงานตระหนักรู้อาการณอย่างน้อยร้อยละ 50ผ่านการฝึกปฏิบัติ SA ตามเวรประจำสัปดาห์ (ที่ กรมควบคุมโรคหรือ สคร.) หรือผ่านอบรมแนวทางการปฏิบัติงาน	10.00	
	จัดทำแผนตอบโต้ฯ สาธารณภัยที่เสี่ยงในพื้นที่	มีแผนตอบโต้ฯ กรณีที่เป็นสาธารณภัย	5.00	
	4. ผลงาน		40.00	0.00
	ดำเนินการตามแผนงานโครงการจนแล้วเสร็จ	สรุปผลงานตามแผนงาน/โครงการ	10.00	
	การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ EOC &ICS ระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ครั้ง	สรุปรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิด EOC ระดับอำเภอ	10.00	
	เปิดศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ และจัดทำ Action Plan และดำเนินการตอบโต้ฯ (หรือกรณีไม่มีสาธารณภัยต้อง ซ้อมแผนอุบัติเหตุนุ้หรือสาธารณภัยในพื้นที่ 2 ครั้ง/ปี)	รายงานประชุมเปิด-ปิดแผนสาธารณภัย Action Plan หรือสรุปผลการซ้อมแผนหรือสรุปผลการซ้อมแผนฯ กรณีไม่เกิดสาธารณภัยในพื้นที่	20.00	
	5. ผลงานเด่น		15.00	0.00
	มีนวัตกรรม Excellence EOC ระดับอำเภอ/วิสัย ฯลฯ	เอกสารเป็นรูปธรรม	10.00	
	สรุปผลงาน/ถอดบทเรียน		5.00	
7	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital		2.50	0.00
	-ไม่เพิ่ม = 0 คะแนน -เพิ่ม 1 ระดับ = 3 คะแนน	จากรายงานผลการประเมิน GREEN&CLEAN Hospital โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ	3.00	
8	ร้อยละ 100 ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ดำเนินการขับเคลื่อนและประเมิน รพ.สค.ตามเกณฑ์ รพ.สค.ติดดาว (GREEN&CLEAN)		2.50	0.00
	- ต่ำกว่า 60 % = 0 คะแนน - 60 - 79.99 % = 1 คะแนน - 80 % ขึ้นไป = 2 คะแนน	รพ.สค.ผ่านเกณฑ์คะแนนอย่างน้อย ร้อยละ 70 (54.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 78 คะแนน)	2.00	0.00
		ร้อยละที่ได้		
9	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA		2.50	0.50
	คะแนนประเมินน้อยกว่าร้อยละ 75 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 75.00 - 79.99 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 80.00 - 84.99 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 85.00 - 89.99 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 90 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน	แบบ EBIT 1 - 11 พร้อมหลักฐานเชิงประจักษ์ ในแต่ละไตรมาส ตามรอบหนังสือของจังหวัด	5.00	1.00
		ร้อยละที่ได้		
10	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน		2.50	0.00
	1. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน (1 คะแนน) 2. ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (2 คะแนน) 3. การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วน และถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (3 คะแนน) 4. มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการ (4 คะแนน) 5. มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ (5 คะแนน)	1. คำสั่ง 2. รายงานการประชุม 3. เอกสารการจัดส่งรายงานการควบคุมภายใน ส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4. รายงานกิจกรรมครบทั้ง 4 ด้าน(บริหาร/บริการ/วิชาการ/ส่งเสริมป้องกัน) 5. เอกสารรายงานผลการติดตามระบบควบคุมภายในตามรอบหนังสือการของจังหวัด	5.00	
11	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน		4.00	0.80

เกณฑ์การประเมิน คปสอ.ติดตาม ปี 2561			ประเมินตนเองใส่คะแนนในช่องสีเหลือง	
		คะแนนเต็มหมวดนโยบาย และตัวชี้วัด	35.00	3.02
		คะแนนรวม	61.50	5.30
ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม
	แบ่งระดับการประเมินเป็น 5 คะแนน ได้แก่ คะแนน 00-20 ได้ 1 คะแนน คะแนน 21-40 ได้ 2 คะแนน คะแนน 41-60 ได้ 3 คะแนน คะแนน 61-80 ได้ 4 คะแนน คะแนน 81-100 ได้ 5 คะแนน	สูตรคำนวณตัวชี้วัด A = กระบวนการของประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง จำนวน 60 คะแนน B = ผลลัพธ์การดำเนินงานระดับภาวะวิกฤติ จำนวน 40 คะแนน C = คะแนนรวม 100 คะแนน	5.00	1.00
	คะแนนรวม		100.00	0.00
	มาตรการที่ 1: การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) หน่วยบริการ มีรายได้ > ค่าใช้จ่าย เมื่อเทียบกับแผนทางการเงิน (Planfin) 1.ผ่านได้ 10 คะแนน 2.ไม่ผ่านได้ 0 คะแนน	1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เน้นระวัง ติดตาม ประเมินผลความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ	10.00	
	มาตรการ 2: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) หน่วยบริการมีผลต่าง ของแผนและผลของรายได้ ไม่เกินร้อยละ 5 1.ผ่าน ทั้งรายได้-รายจ่าย ได้ 10 คะแนน 2.ผ่าน อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้ 5 คะแนน 3.ไม่ผ่านทั้งรายได้-รายจ่าย ได้ 0 คะแนน	2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินปี 2560 2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน) 2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน(ไตรมาส)	10.00	
	มาตรการ 3: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน > 4 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน FAI มากกว่าร้อยละ 90 1.ผ่าน 2 ตัว ได้ 20 คะแนน 2.ผ่าน 1 ตัว ได้ 10 คะแนน	3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย จากการดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุมสัดส่วนของต้นทุนต่อรายได้ (ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ค่าตอบแทน) เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR) - ประเมินรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทสิทธิ เปรียบเทียบกับหน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม (HGR) 3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน - พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน - ประเมิน/ควบคุมประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	20.00	
	มาตรการที่ 4: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) หน่วยบริการที่มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 90(อิเล็กทรอนิกส์) 1.ผ่านได้ 10 คะแนน 2.ไม่ผ่านได้ 0 คะแนน	4.1 พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน 4.2 พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชี 4.3 พัฒนาระบบงานสารสนเทศด้านการเงินการคลัง สำหรับผู้บริหาร(Executive Information System: EIS) 4.4 พัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS	10.00	
	มาตรการ 5: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)บุคลากรด้านการเงินการคลังที่ได้รับการอบรม/ประชุม ร้อยละ 50 1.ผ่านได้ 10 คะแนน 2.ไม่ผ่านได้ 0 คะแนน	5.1 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน (CFO) 5.2 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบบัญชี (Auditor)	10.00	
	ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินงานระดับวิกฤติปัญหาทางการเงิน ระดับ 0 = 40 คะแนน ระดับ 1 = 35 คะแนน ระดับ 2 = 30 คะแนน ระดับ 3 = 25 คะแนน ระดับ 4 = 20 คะแนน ระดับ 5 = 15 คะแนน ระดับ 6 = 10 คะแนน ระดับ 7 = 00 คะแนน		40.00	
12	ร้อยละของโรงพยาบาลมีคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายไม่น้อยกว่าร้อยละ 25		2.50	2.50
	เกณฑ์คะแนน (คะแนนเต็ม 5) (สาเหตุการตายไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 และ Audit Chart) น้อยกว่าร้อยละ 20 = 5 คะแนน ร้อยละ 20.00 - 23.99 = 4 คะแนน ร้อยละ 24.00 - 26.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 27.00 - 29.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 30 ขึ้นไป = 1 คะแนน		5.00	5.00
			ร้อยละที่ได้	
13	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี		2.00	0.00
	ร้อยละ 40 ขึ้นไป ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 35.00 - 39.99 ได้ 0.5 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 35 ได้ 0 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	1.00	0.00
			ร้อยละที่ได้	

เกณฑ์การประเมิน คปสอ.ติดดาว ปี 2561			ประเมินตนเองใส่คะแนนในช่องสีเหลือง		
			คะแนนเต็มหมวดนโยบาย และตัวชี้วัด	35.00	3.02
			คะแนนรวม	61.50	5.30
ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	
14	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี		2.00	0.00	
	ร้อยละ 50 ขึ้นไป ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 45.00 - 49.99 ได้ 0.5 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 45 ได้ 0 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	1.00	0.00	
		ร้อยละที่ได้			
15	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)		1.50	0.00	
	ร้อยละ 85 ขึ้นไป ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 80.00 - 84.99 ได้ 0.5 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้ 0 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	1.00	0.00	
		ร้อยละที่ได้			
16	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr		2.00	0.00	
	ร้อยละ 66 ขึ้นไป ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 64.00 - 65.99 ได้ 0.5 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 64 ได้ 0 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	1.00	0.00	
		ร้อยละที่ได้			
17	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันที่ไม่มีผุ (cavity free)		1.50	0.00	
	ร้อยละ 52 ขึ้นไป = 1 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 52 = 0 คะแนน	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	1.00	0.00	
18	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		3.00	0.00	
	<p>ขั้นที่ 1 จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน (1 คะแนน)</p> <p>ขั้นที่ 2 ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1,หมวด 5) (2 คะแนน)</p> <p>ขั้นที่ 3 จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) (3 คะแนน)</p> <p>ขั้นที่ 4 มีการดำเนินการตามแผน (4 คะแนน)</p> <p>ขั้นที่ 5 ผลลัพธ์ในหมวด 1 และ 5 ผ่านเกณฑ์ (หมวดละ 3 ตัว ส่วนกลางกำหนด) (5 คะแนน)</p>	เอกสารประเมินตนเอง แผนพัฒนา และผลลัพธ์รายหมวด	5.00		
19	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ชั้น 3		3.50	0.00	
	<p>- HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหาพบพบวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เฝ้าระวัง/มีโอกาสเกิดสูง (ได้ 1 คะแนน)</p> <p>- HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป (ได้ 2 คะแนน)</p> <p>- HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาการเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน (3 คะแนน)</p> <p>หมายเหตุ ยกเว้น รพ.โคกสูง และวังสมบูรณ์ หากผ่าน HA ชั้น 1 ได้ 3 คะแนน</p>	<p>1.ดูจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง</p> <p>2.ดูจากเอกสารขอขึ้นขอรับรอง HA ส่งให้กับ สรพ.</p>	3.00		
20	(FCT)ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอครอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0-5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80		2.00	0.00	
	เกณฑ์ประเมินการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) คะแนนรวม		46.00	0.00	
	1. ระบบส่งต่อ		4.00	0.00	
	1.1 มีผู้รับผิดชอบ ประสานการส่งต่อ (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	คำสั่ง เอกสาร โครงสร้าง	1.00		
	1.1 มี ระบบ Coordination (ระบบ ส่งต่อ) : มีการประสานงานส่งต่อ , (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	CPG แนวทางการส่งต่อ / ข้อมูลการส่งต่อ	2.00		
	1.2 มีการติดตามผล การรักษา, และวิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อ	รายงาน/เอกสาร	1.00		
	2. โครงสร้างการดำเนินงาน		5.00	0.00	
	2.1 มีคณะกรรมการระดับอำเภอ โดย (มีคำสั่ง โครงสร้างการดำเนินงาน และมีกิจกรรม ได้ 2 คะแนน มิไม่ครบ 1 ไม่มี 0)	คำสั่งคณะกรรมการที่แสดงถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายทีมหมอครอบครัว	2.00		
	2.2 มีผู้ประสานงานหลักทีมหมอครอบครัว ของโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ	คำสั่ง/เอกสารมอบหมายงาน กิจกรรมดำเนินงาน ระบบข้อมูล	1.00		

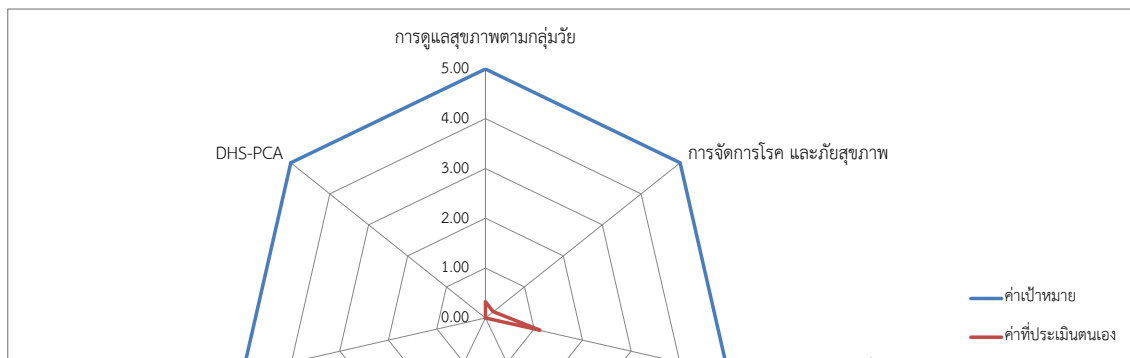
เกณฑ์การประเมิน คปสอ.ติดตาม ปี 2561			ประเมินตนเองใส่คะแนนในช่องสีเหลือง	
		คะแนนเต็มหมวดนโยบาย และตัวชี้วัด	35.00	3.02
		คะแนนรวม	61.50	5.30
ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม
	2.3 มีการกำหนดทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน พื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	รายชื่อทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชนพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่รับผิดชอบ	2.00	
	3. การจัดระบบบริการ		8.00	0.00
	3.1 มีฐานข้อมูลแลกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ถูกต้องเป็นปัจจุบัน ในภาพรวมของเครือข่าย (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ เด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ) ในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบัน (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	- ไฟล์ข้อมูล เอกสาร ผลการดำเนินงาน	2.00	
	3.2 มีคู่มือ และ CPG ในการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้	คู่มือ และ CPG แนวทางการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย	2.00	
	3.3 สรุปรายงานผลให้บริการ ตามกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการฯ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ เด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ) ภาพรวมของเครือข่าย (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	เอกสารรายงาน/ฐานข้อมูล	2.00	
	3.4 มีการคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (มีครบถ้วนชัดเจน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	ดูจากการสื่อสารข้อมูลสู่ ภาคส่วนต่าง ๆ เช่น วาระการประชุม ศูนย์ข้อมูล กระบวนการวางแผนฯ	2.00	
	4. การพัฒนาบุคลากร มีการพัฒนาทักษะการดำเนินงานและและเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน (มีการพัฒนาบุคลากรตามกลุ่มเป้าหมาย ครบถ้วนทั้ง 4 กลุ่ม และการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง = 3 มิไม่ครบถ้วน 2 มีน้อย 1 ไม่มี 0)	เอกสารการอบรม/การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลักฐานอื่น ๆ	3.00	
	5. การสนับสนุนมีการสนับสนุนคู่มือ/แนวทาง/ชุดเครื่องมืออุปกรณ์ ให้กับเครือข่าย (มี เพียงพอ 2 มิไม่เพียงพอ 1 ไม่มี 0)	คู่มือ/แนวทาง/ชุดเครื่องมืออุปกรณ์	2.00	
	6. การติดตามประเมินผล		4.00	0.00
	6.1 มีระบบรายงานผลการดำเนินงาน (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	เอกสารรายงาน/ฐานข้อมูล	2.00	
	6.2 มีการประเมินผลติดตามรักษาระยะเยี่ยมบ้าน กลุ่มเป้าหมาย (มีครบถ้วน 2 มิไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)	เอกสารรายงาน/ฐานข้อมูล	2.00	
	7. การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย	เอกสาร/รายงาน/ไฟล์ข้อมูล	20.00	0.00
	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ = 100% ของผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่ ร้อยละ 90ขึ้นไป = 5 คะแนน ร้อยละ 80-89.99=4 คะแนน ร้อยละ 70-79.99=3 คะแนน ร้อยละ 60-69.99=2 คะแนน ร้อยละ 50-59.99=1 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 50=0 คะแนน	ฐานข้อมูล/ รายงานผลการดำเนินงานของเครือข่ายบริการ /ข้อมูลแบบประเมินผู้ป่วย รายกลุ่ม		
	ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง		5.00	
	ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		5.00	
	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (5.00	
	เด็ก อายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ		5.00	
21	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU)		3.50	0.00
	คะแนนรวม		8.00	0.00
	1) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรค URI ในโรงพยาบาล ผ่านตามเกณฑ์ ผ่านตามเกณฑ์ = 1 คะแนน ไม่ผ่านตามเกณฑ์ = 0 คะแนน		1.00	
	2) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรค AD ในโรงพยาบาล ผ่านตามเกณฑ์ ผ่านตามเกณฑ์ = 1 คะแนน ไม่ผ่านตามเกณฑ์ = 0 คะแนน		1.00	
	3) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในแผลสด อุบัติเหตุ ในโรงพยาบาล ผ่านตามเกณฑ์ ผ่านตามเกณฑ์ = 1 คะแนน ไม่ผ่านตามเกณฑ์ = 0 คะแนน		1.00	
	4) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ ในสตรีคลอดปกติ ในโรงพยาบาล ผ่านตามเกณฑ์ ผ่านตามเกณฑ์ = 1 คะแนน ไม่ผ่านตามเกณฑ์ = 0 คะแนน		1.00	
	5) การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยไทรอยด์3 ขึ้นไป ผ่านตามเกณฑ์ ผ่านตามเกณฑ์ = 1 คะแนน ไม่ผ่านตามเกณฑ์ = 0 คะแนน		1.00	
	6) การใช้ยา Glibenclamide ในผู้สูงอายุหรือไตบกพร่อง ผ่านตามเกณฑ์ = 1 คะแนน ไม่ผ่านตามเกณฑ์ = 0 คะแนน		1.00	
	7) การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์ ได้แก่ warfarin, statins เป็นต้น ผ่านตามเกณฑ์ = 1 คะแนน ไม่ผ่านตามเกณฑ์ = 0 คะแนน		1.00	
	8) ร้อยละของจำนวนรพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI และ AD ผ่านเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 = 1 คะแนน ร้อยละ 59.9 - 50.0 = 0.7 คะแนน ร้อยละ 49.9 - 40.0 = 0.5 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 40 = 0		1.00	
22	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)		4.00	0.00
	คะแนนรวม		15.00	0.00

เกณฑ์การประเมิน คปสอ.ติดตาม ปี 2561			ประเมินตนเองใส่คะแนนในช่องสีเหลือง		
			คะแนนเต็มหมวดนโยบาย และตัวชี้วัด	35.00	3.02
			คะแนนรวม	61.50	5.30
ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	
	1.รพ. สสอ. มีผู้รับผิดชอบหรือคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข (1 คะแนน)	1.เอกสารคำสั่ง	1.00		
	2.รพ. สสอ.มีผลการวิเคราะห์ Happinometer ปี 60 จำนวนรายตัวแปร หรือ สาเหตุของความสุข (2 คะแนน)	2.เอกสารผลการวิเคราะห์ Happinometer	2.00		
	3.รพ. สสอ. มีแผนงาน/โครงการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ Happinometer (2 คะแนน)	3.แผนงาน/โครงการพัฒนาองค์กร	2.00		
	4.รพ.สสอ.มีการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข เทียบกับห้วงเวลาที่กำหนด (5 คะแนน) น้อยกว่าร้อยละ 60 (1 คะแนน) ร้อยละ 60.1 – 70 (2 คะแนน) ร้อยละ 70.1 – 80 (3 คะแนน) ร้อยละ 80.1 – 90 (4 คะแนน) ร้อยละ 90.1-100 (5 คะแนน)	4.รายงานผลการดำเนินงานตามแผน	5.00		
	5.มีการสรุปถอดบทเรียนจากดำเนินการพัฒนาองค์กรที่มีความสุขของหน่วยงาน (1 คะแนน)	5.รายงานผลการดำเนินงานถอดบทเรียน	1.00		
	6.ร่วมนำเสนอผลการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขของหน่วยงานในเวทีระดับจังหวัด (2 คะแนน)	6.รูปภาพ /กำหนดการรณมนำเสนอ/เอกสารนำเสนอ	2.00		
	7.ได้รับคัดเลือกเป็นหน่วยงานต้นแบบระดับจังหวัด (2 คะแนน)	7.ใบประกาศ/หลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ	2.00		
23	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		2.50	0.00	
	A = เป้าหมาย (ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 20) B = ผลงานที่ทำได้ (ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทย) C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน สูตรการคำนวณ = B * C / A (หาค่า B ต่อ C แล้วคูณด้วย A)	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2561	10.00	0.00	
		ร้อยละที่ได้			
24	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล		1.50	0.00	
	คะแนนรวม		100.00	0.00	
	1.หมวดสินทรัพย์ (เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด)	การตรวจสอบคุณภาพระบบบัญชี หน่วยบริการ	10.00		
	2.หมวดสินทรัพย์ (ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2561	20.00		
	3.หมวดสินทรัพย์ (วัสดุคงคลัง)	ดำเนินการตรวจสอบโดย คณะกรรมการตรวจสอบบัญชีระดับจังหวัด โดยใช้เกณฑ์การประเมินของเขตบริการสุขภาพที่ 6 แบ่งเป็น 9 หมวด	15.00		
	4.หมวดสินทรัพย์ (สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน)		5.00		
	5.หมวดทุน (กำไรสะสมแก้ไขจากผิดพลาด / กำไรสะสมกองทุน UC ปีก่อน)		5.00		
	6.เจ้าหนี้การค้า/ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย/ใบสำคัญค้างจ่าย /ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย		15.00		
	7.หมวดเงินกองทุนและเงินรับฝากต่างๆ		10.00		
	8.รายได้ค่ารักษาพยาบาลและรายได้อื่น		10.00		
	9.หมวดค่าใช้จ่าย		10.00		

	หมวด คปสอ.มีผลงานวิชาการ(TO Excellence) ประเภท นวัตกรรม วิจัย R2R Best practice ที่นำสู่การพัฒนาบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ		15.00	0.00
	คะแนนรวม		20.00	0.00
1	1.โรงพยาบาล และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีผลงานวิชาการประเภทวิจัย หรือ R2R 1 คะแนน/หน่วยงาน	1.เล่มเอกสารผลงานวิชาการประเภทวิจัย หรือ R2R หรือ นวัตกรรม หรือ Best Practice	2.00	
2	2.ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ นวัตกรรม หรือ Best Practice น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 10.01 - 20.00 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 20.01 - 30.00 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 30.01 - 40.00 ได้ 4 คะแนน ร้อยละ 40.01 - 50.00 ได้ 5 คะแนน มากกว่าร้อยละ 50 ได้ 6 คะแนน	2.บัญชีรายชื่อผลงานวิชาการฯ และ เจ้าของผลงาน วิชาการประเภท วิจัย หรือ R2R หรือ นวัตกรรม หรือ Best Practice 3.วารสารที่ตีพิมพ์ ใบประกาศ รูปภาพ โฉร่างวัล เล่มบทความในเวทีวิชาการ หรืออื่นๆที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์	6.00	

เกณฑ์การประเมิน คปสอ.ติดตาม ปี 2561			ประเมินตนเองใส่คะแนนในช่องสีเหลือง		
			คะแนนเต็มหมวดนโยบาย และตัวชี้วัด	35.00	3.02
			คะแนนรวม	61.50	5.30
ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนเต็ม	
3	3.ร้อยละของผลงานวิชาการ ประเภท วิจัย หรือ R2R หรือ นวัตกรรม หรือ Best practice (อย่างไร้ข้อยกเว้น) ของ คปสอ.นั้นๆ ที่ได้มีการนำเสนอและเผยแพร่ผลงานผ่านเวทีวิชาการในระดับต่างๆ ระดับจังหวัด (5 คะแนน) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 11 -15 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 16 - 20 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 21-25 ได้ 4 คะแนน มากกว่าร้อยละ 25 ได้ 5 คะแนน	4.กำหนดการประชุมที่สามารถแสดงได้ว่าเข้าร่วม นำเสนอผลงานวิชาการฯ 5.ใช้ผลงานวิชาการ ปี 60 สูตรการคิดร้อยละของผลงานวิชาการที่ได้มีการนำเสนอและเผยแพร่ a = จำนวนผลงานวิชาการที่ได้มีการนำเสนอและเผยแพร่ b = จำนวนผลงานวิชาการทั้งหมดใน คปสอ.นั้น ร้อยละผลงานวิชาการที่ได้มีการนำเสนอและเผยแพร่ = (a/b)*10	5.00		
	ระดับเขต หรือภาค หรือ ประเทศ หรือ ลงวารสารวิชาการ (5 คะแนน) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 11 -15 ได้ 2 คะแนน ร้อยละ 16 - 20 ได้ 3 คะแนน ร้อยละ 21-25 ได้ 4 คะแนน มากกว่าร้อยละ 25 ได้ 5 คะแนน		5.00		
4	4. โรงพยาบาล หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในคปสอ. นั้นๆ นำเสนอผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ วิจัย หรือ R2R หรือ นวัตกรรม หรือ Best practice แล้วได้รับรางวัลที่ 1 หรือที่ 2 หรือที่ 3 ในระดับจังหวัดขึ้นไป (2 คะแนน) (นับเรื่องเดียวที่ได้รางวัลสูงสุด)		2.00		

วิเคราะห์ตนเองในภาพรวม			
		ค่าเป้าหมาย	ค่าที่ประเมินตนเอง
หมวด นโยบาย ยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด	การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย	5.00	0.32
	การจัดการโรค และภัยสุขภาพ	5.00	0.20
	การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน	5.00	1.12
	การพัฒนาบริการ	5.00	0.00
หมวด To Excellence	ปริมาณผลงานวิชาการ	5.00	0.00
	การเผยแพร่ผลงานวิชาการ	5.00	0.00
หมวด พขอ	DHS-PCA	5.00	0.00



เกณฑ์ประเมินระบบสุขภาพอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือการประเมินคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยในส่วนของประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ที่ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาการประเมิน การแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทอำเภอ (ODOP) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

คะแนนการประเมิน รวมทั้งหมด 85 คะแนน ประกอบด้วย

1. การจัดทำ CUP Profile 5 คะแนน
2. การประเมินตนเองและทำแผนปรับปรุงพัฒนา DHS PCA 20 คะแนน
3. ผลการปรับปรุงและพัฒนา DHS PCA ตามเกณฑ์ UCCARE 20 คะแนน
4. การแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทอำเภอ (ODOP) 3 เรื่อง 30 คะแนน
5. การประเมินระดับการพัฒนา DHS PCA ตาม Scoring UCCARE 10 คะแนน

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน
	น้ำหนักคะแนน
	รวมคะแนน
1	การจัดทำ CUP Profile
1.1	ความครบถ้วนตามองค์ประกอบ
1.2	เนื้อหา มีความถูกต้อง มีคุณภาพสอดคล้องกับบริบท ขยายผล และเห็นทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ
2	การประเมินตนเองและทำแผนปรับปรุงพัฒนา DHS PCA ของ CUP
2.1	มีการจัดกระบวนการประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว
2.2	มีแผนปรับปรุงและพัฒนา รพ.สต.ในภาพรวมของ CUP
2.3	มีการจัดกระบวนการประเมินตนเอง DHS PCA ตามเกณฑ์ UCCARE
2.4	มีแผนปรับปรุงและพัฒนา DHS PCA ตามเกณฑ์ UCCARE
3	ผลการปรับปรุงและพัฒนา DHS PCA ตามเกณฑ์ UCCARE
3.1	การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team
3.1.1	มีคำสั่งคณะกรรมการ หรือทีมในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3.1.2	มีการประชุม อย่างน้อย 2 เดือน/ครั้ง - มีบันทึกรายงานการประชุม
3.1.3	มีการใช้ข้อมูลในการวางแผน ยุทธศาสตร์สุขภาพ
3.1.4	มีโครงการ/แผนงานโครงการแก้ปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอ (ODOP)
3.1.5	มีการร่วมกันประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3.2	การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง(Appreciation)
3.2.1	การทำงานของทีมผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่)
3.2.1.1	มีเจ้าหน้าที่หรือทีมงานทำตามที่ได้รับมอบหมาย
3.2.1.2	มีการนำข้อมูลที่เป็นปัญหาวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในพื้นที่
3.2.1.3	มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่หรือทีมงานเรียนรู้ และค้นหาสิ่งดี ๆ จากผลงานที่ทำร่วมกันเพื่อสร้างแรงบันดาลใจและขยายผล
3.2.1.4	มีกิจกรรมเสริมพลังสร้างคุณค่าในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ
3.2.1.5	มีกิจกรรมเสริมพลังให้เจ้าหน้าที่หรือทีมงาน รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองและงานที่ทำ
3.2.2	การสนับสนุน หรือจัดให้มีแพทย์ สนับสนุนการดำเนินงาน ในเครือข่ายบริการ
3.2.2.1	มีคำสั่งแพทย์เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย/หน่วยปฐมภูมิ
3.2.2.2	มีการให้คำปรึกษาผ่านระบบต่าง ๆ
3.2.2.3	มีการร่วมประชุม
3.2.2.4	มีการร่วมกันวางแผนปฏิบัติงาน
3.2.2.5	แพทย์ออกร่วมบริการเครือข่ายอย่างน้อยเดือนละครั้ง
3.3	การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร(Resource sharing and human development)
3.3.1	การพัฒนาบุคลากร

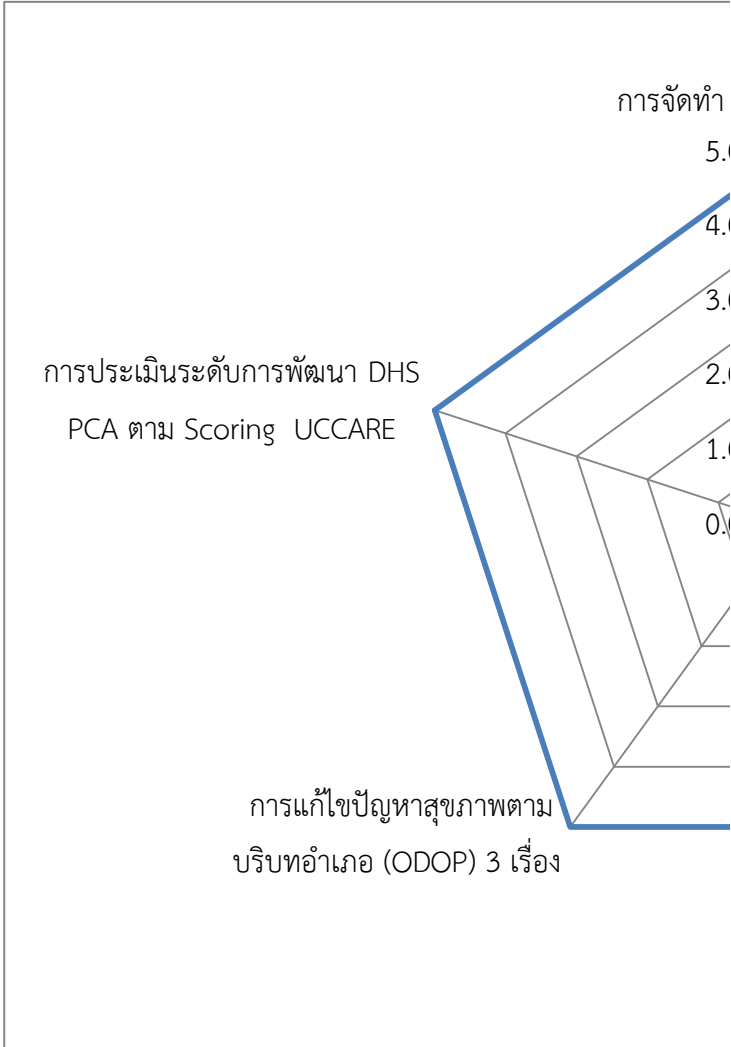
3.3.1.1	มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคล หรือ หน่วยงาน ส่งเข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง
3.3.1.2	มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นด้วยกระบวนการ CBL,KM,SML,DHMLและเยี่ยมเสริมพลัง
3.3.1.3	มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำ ให้เกิดการพัฒนารูปแบบเป็นระบบและต่อเนื่อง
3.3.1.4	มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การสร้างนวัตกรรม
3.3.1.5	มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงานประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยงการดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณเข้ากับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้
3.3.2	การบริหารจัดการ และสนับสนุนทรัพยากร
3.3.2.1	มีการจัด Catchment area และโครงสร้างการทำงานเพื่อรองรับการจัดบริการกลุ่มเป้าหมายและรองรับการทำงานของ Family Care Team ครอบคลุมพื้นที่
3.3.2.2	มีการจัดระบบข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการดำเนินงานของ Family Care Team และการตัดสินใจของทีมบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ
3.3.2.3	มีการจัดระบบ Supply เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ ที่จำเป็นสนับสนุนระบบงานที่สำคัญภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ หรือใน Catchment area
3.3.2.4	ชุมชน ท้องถิ่นร่วมจัดระบบส่งต่อผู้รับบริการจากชุมชนถึงสถานบริการ
3.3.2.5	ชุมชน ท้องถิ่นและCUP มีส่วนร่วมสนับสนุนการจัดบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน
3.4	การให้ บริการสุขภาพ ตามบริบทที่จำเป็น(Essential care)
3.4.1	มีข้อมูลกลุ่ม WECANDO เป็นปัจจุบันและแยกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในภาพรวม ของ คปสอ.
3.4.2	มีการวิเคราะห์ข้อมูล ลำดับความสำคัญปัญหาของพื้นที่
3.4.3	มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สำคัญ ไม่น้อยกว่า ๑ โครงการ ในภาพของอำเภอ(ODOP)
3.4.4	มีทีมนิเทศ ที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอื่น ติดตามและประเมินผลในภาพ คปสอ.
3.4.5	มีการขยายผลประเด็นสุขภาพจนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น
3.5	การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย(Community participation)

3.5.1	ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพ เช่น ร่วมประชุม ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล
3.5.2	ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ (Resource sharing)
3.5.3	ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม
3.5.4	ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจัดระบบสุขภาพร่วมกันและมีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม พร้อมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3.5.5	ชุมชนและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพมีการกำหนดนโยบายสาธารณะและมีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ มีการปรับปรุงการทำงานอย่างเป็นระบบ
3.6	มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ (Customer Focus)
3.6.1	มีช่องทางในการรับรู้ และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ เป็น แบบ reactive
3.6.2	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลาย อย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง เช่น CKD DM HT ผู้สูงอายุ เป็นต้น
3.6.3	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน
3.6.4	มีการเรียนรู้และ พัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้ สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3.6.5	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่าง ๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมั่นศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
4	คปสอ.มีโครงการที่เป็นประเด็นแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบท (ODOP) 3 เรื่อง ตาม ประเด็นที่สอดคล้องกับ ประเด็นปัญหาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดย มีการดำเนินงานตามประเด็น UCCARE เรื่องๆละ 10 คะแนน

5	การประเมินระดับการพัฒนา DHS PCA ตาม Scoring UCCARE
---	--

4	<p>การร่วมกันแก้ไขปัญหา คุณภาพชีวิตของพื้นที่ พชอ. 2 เรื่อง ปัญหาตามบริบทพื้นที่ 1 เรื่อง</p>
4.1	เรื่องที่ 1.....
4.2	เรื่องที่ 2.....
4.3	เรื่องที่ 3.....

หมวด พชอ



ารดำเนินงาน ระบบสุขภาพอำเภอ บูรณาการกับการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนา
 ณาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานำ เป็นประเด็น
 อำเภอ นับเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

หลักฐานประกอบ	คะแนนเต็ม	ประเมินตนเอง
	20.00	0.00
	85.00	0
	5	0
	3	
	2	
	20	0
เอกสารการประเมิน2รอบ กพ.มีย ครั้งละ 2.5 คะแนน	5	
เอกสารการประเมิน2รอบ กพ.มีย ครั้งละ 2.5 คะแนน5	5	
เอกสารการประเมิน2รอบ กพ.มีย ครั้งละ 2.5 คะแนน	5	
เอกสารการประเมิน2รอบ กพ.มีย ครั้งละ 2.5 คะแนน	5	
	20	0
	2.5	0
มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ คำสั่ง หรือโครงสร้างทีมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	0.5	

มีเอกสารบันทึกการประชุม เอกสารโครงสร้างทีมงาน และการ อบรมสัมมนา - แผนงานโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง	0.5	
เอกสารหลักฐาน กิจกรรมการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา และ กระบวนการ ในการคัดเลือกประเด็นสุขภาพ ในการดำเนินงาน ของ เครือข่าย และ การดำเนินงาน ต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ	0.5	
แผนงานโครงการที่ ดำเนินการตามประเด็นปัญหาสุขภาพของอำเภอ และประเด็นปัญหาสุขภาพ ในส่วนของการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง กับสาธารณสุข	0.5	
	0.5	
	5	0
	2.5	0
คำสั่ง / เอกสาร / สัมภาษณ์	0.5	
คำสั่ง / เอกสาร / สัมภาษณ์ รายงานผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ สถานการณ์ ตามโครงการ	0.5	
คำสั่งเอกสาร สัมภาษณ์	0.5	
สัมภาษณ์ / กิจกรรม โครงการ	0.5	
สัมภาษณ์ ภาพกิจกรรม รายงานผลการดำเนินงาน	0.5	
	2.5	0
คำสั่ง / เอกสาร / สัมภาษณ์	0.5	
เอกสาร / สัมภาษณ์	0.5	
คำสั่ง / เอกสาร / สัมภาษณ์	0.5	
คำสั่ง / เอกสาร / สัมภาษณ์	0.5	
	0.5	
	5	0
	2.5	0

เอกสาร/แผนการฝึกอบรมและสัมมนา	0.5	
มีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรระดับ CUPและหน่วยบริการ หรือการขออนุญาตเข้ารับฝึกอบรม	0.5	
มีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรระดับ CUPและหน่วยบริการ หรือการขออนุญาตเข้ารับฝึกอบรม	0.5	
มีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรระดับ CUPและหน่วยบริการ หรือการขออนุญาตเข้ารับฝึกอบรม	0.5	
มีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรระดับ CUPและหน่วยบริการ หรือการขออนุญาตเข้ารับฝึกอบรม	0.5	
	2.5	0
สัมมนา / ดูเอกสาร / รายงานการประชุม	0.5	
สัมมนา / ดูเอกสาร / รายงานการประชุม	0.5	
สัมมนา / ดูเอกสาร / รายงานการประชุม	0.5	
สัมมนา / ดูเอกสาร / รายงานการประชุม	0.5	
สัมมนา / ดูเอกสาร / รายงานการประชุม	0.5	
	2.5	0
สัมมนา/เอกสาร/ไฟล์ข้อมูล	0.5	
สัมมนา/เอกสาร/ไฟล์ข้อมูล	0.5	
สัมมนา/เอกสาร/ไฟล์ข้อมูล	0.5	
สัมมนา/เอกสาร/ไฟล์ข้อมูล	0.5	
สัมมนา/เอกสาร/ไฟล์ข้อมูล	0.5	
การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วม ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ร่วม ตรวจสอบประเมินผล และสนับสนุนทรัพยากร	2.5	0

ภาพกิจกรรม/แผนงานโครงการ/บันทึกการประชุม/มาตรการทางสังคม/มาตรการการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับ คปสอ.	0.5	
ภาพกิจกรรม/แผนงานโครงการ/บันทึกการประชุม/มาตรการทางสังคม/มาตรการการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับ คปสอ.	0.5	
ภาพกิจกรรม/แผนงานโครงการ/บันทึกการประชุม/มาตรการทางสังคม/มาตรการการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับ คปสอ.	0.5	
ภาพกิจกรรม/แผนงานโครงการ/บันทึกการประชุม/มาตรการทางสังคม/มาตรการการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับ คปสอ.	0.5	
ภาพกิจกรรม/แผนงานโครงการ/บันทึกการประชุม/มาตรการทางสังคม/มาตรการการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับ คปสอ.	0.5	
	2.5	0
	0.5	
	0.5	
	0.5	
	0.5	
	0.5	
สรุปการประเมินผลโครงการ ODOP และความเชื่อมโยงการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE 3 เรื่อง ๆ ละไม่เกิน 3 หน้า ตามแบบใน โปรไฟล์	30	0

การประเมิน ใช้เกณฑ์การประเมิน ระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้ UCCARE ระดับการประเมิน 5 ระดับ ระดับ 1 ได้ 2 คะแนน ระดับ 1.5 ได้ 3 คะแนน ระดับ 2 ได้ 4 คะแนน ระดับ 2.5 ได้ 5 คะแนน ระดับ 3 ได้ 6 คะแนน ระดับ 3.5 ได้ 7 คะแนน ระดับ 4 ได้ 8 คะแนน	10	
---	----	--

บริบททั่วไปและสภาพปัญหา (1)	Unity Team กระบวนการ ได้มาซึ่งปัญหา สำคัญของชุมชน และการ ดำเนินงานร่วมกัน (1)	Customer Focus กลุ่มเป้าหมาย/ และสัมพันธ์กับ กลุ่มวัย (1)

วิเคราะห์ตนเองในภาพรวม		
	ค่าเป้าหมาย	ค่าที่ประเมินตนเอง
การจัดทำ CUP Profile	5.00	0.00
การประเมินตนเองและทำแผนปรับปรุงพัฒนา DHS PCA	5.00	0.00
ผลการปรับปรุงและพัฒนา DHS PCA ตามเกณฑ์ UCCARE	5.00	0.00
การแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทอำเภอ (ODOP) 3 เรื่อง	5.00	0.00

การประเมินระดับการพัฒนา DHS PCA ตาม Scoring UCCARE

5.00

0.00

CUP Profile

00

00

00

00

00

00

00

การประเมินตนเองและทำแผน
ปรับปรุงพัฒนา DHS PCA

— ค่าเป้าหมาย

— ค่าที่ประเมินตนเอง

ผลการปรับปรุงและพัฒนา DHS
PCA ตามเกณฑ์ UCCARE

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในช่องสีเหลืองเพื่อให้สูตรคำนวณ

กรอกคะแนนในตารางด้านล่าง

กรอกคะแนนในช่องสี่เหลี่ยมเพื่อให้สูตรคำนวณ

Community participation กระบวนการจัดการปัญหา ร่วมกันทั้งชุมชน (1)	Appreciation การแก้ไข เกิดการ พัฒนาคนและเกิด คุณค่าทั้งในหน่วยงาน และชุมชน (1)	Resource sharing and human development การแบ่งปันทรัพยากร ทั้ง คน เงิน วัสดุ/ อุปกรณ์ (1)	Essential care ส่งผลให้เกิดการ พัฒนาระบบบริการ ตาม ประเด็น (1)

การจัดระบบ สนับสนุน (1)	ผลลัพธ์การ ดำเนินงาน (2)	รวม (10 คะแนน)
		0
		0
		0