**แบบประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ**

**ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)**

**ชื่อกองทุน …………………………………………………………..…............................**

**อำเภอ …..........................……………. จังหวัด …………………………………….**

**วันที่ประเมิน ......................... เดือน ............................................... พ.ศ. 2564**

**หลักเกณฑ์การให้คะแนนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ**

**ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) กำหนดเกณฑ์การพิจารณา 5 ด้าน รวม 100 คะแนน** [**น้ำหนัก**] **ดังนี้**

1. ระบบข้อมูล (4 ข้อ) 15 คะแนน

2. การบริหารจัดการ (2 ข้อ) 20 คะแนน

3. การจัดบริการ/การเข้าถึงบริการ (5 ข้อ) 30 คะแนน

4. การกำกับติดตาม (5 ข้อ) 20 คะแนน

5. การมีส่วนร่วมในพื้นที่ (3 ข้อ) 15 คะแนน

| **หมวดประเมิน** | **หัวข้อประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนจากการประเมิน** | **เป้าหมาย/แนวทางประเมิน/เกณฑ์การให้คะแนน**  | **แหล่งข้อมูล** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ระบบข้อมูลผู้สูงอายุ** | **1.1. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดที่ในพื้นที่ (กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) ที่เก็บไว้ในพื้นที่** - ข้อมูลพื้นฐานของสถานะสุขภาพ (รายได้ อาชีพ คนดูแล)- ข้อมูลสถานะทางสุขภาพ (การเจ็บป่วยทั้งหมด ADL อัตราการป่วย และข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ)  | **4** |  | - มีทะเบียนผู้สูงอายุที่เก็บไว้ในพื้นที่ (อาจเป็นรูปแบบเอกสาร หรือ อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ หรือในรูปแบบโปรแกรม |  |
| **1.2. มีระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) ที่บันทึกในโปรแกรมเพื่อการจัดสรรงบ LTC** | **5** |  | - ข้อมูลผู้สูงอายุตามโปรแกรม |  |
| **1.3. มีข้อมูลบุคลากร** 1) ผู้รับผิดชอบงาน LTC ของ อปท. (ตามประกาศใหม่) 2) CM (Care Manager) (อาจเป็นของ อปท. หรือเป็นของหน่วยจัดบริการที่มาช่วยปฏิบัติงาน) 3) CG (Care Giver)  4) อนุ LTC/คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต 5) หรืออาจมีคณะกรรมการอื่นในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการกองทุน | **3**  |  | 1. ระบบทะเบียนหรือข้อมูลในโปรแกรม 2. คำสั่งแต่งตั้ง 1) CM  2) CG  3) อนุ LTC/คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต |  |
| **1.4 มีระบบข้อมูลของหน่วยจัดบริการ ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามประกาศฯ**- หน่วยบริการ - สถานบริการ- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ | **3** |  | - ข้อมูลการขึ้นทะเบียนของหน่วยจัดบริการในระบบหลักประกัน เป็นไปตามประกาศ เรื่อง จัดตั้งศูนย์ฯ ของ สปสช. |
| **รวมคะแนนด้านที่ 1** | **15** |  |
| **2. การบริหารจัดการ** | **2.1 อปท. โอนงบให้หน่วยจัดบริการภายใน 45 วัน หลังจากที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลในระบบการลงทะเบียน** | **8** |  | 1. มี CP ตามจำนวนงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร2. มีการจัดประชุมอนุ LTC เพื่อพิจารณาอนุมัติ CP3. ข้อตกลงระหว่างหน่วยจัดบริการกับอปท. และเอกสารประกอบการโอนงบประมาณ |  |
| **2.2 กองทุน LTC มีข้อมูลที่บันทึกผ่านระบบโปรแกรมเพื่อรับการจัดสรรงบประมาณต่อเนื่องในปีถัดไป** | **6** |  | - ข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม |
|  | **2.3 อปท. มีแผนการดูแล LTC บรรจุอยู่ในแผนพัฒนาท้องถิ่น** | **6** |  | - แผนพัฒนาท้องถิ่น |  |
| **รวมคะแนนด้านที่ 2** | **20** |  |
|  **3. การจัดบริการ** **/เข้าถึงบริการ** | **3.1 ผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองและประเมิน ADL**  | **9** |  | - แบบคัดกรองและประเมิน ADL รายบุคคล และสรุปรายงานการคัดกรองและประเมิน ADL หรือ เอกสารเพื่อเป็นหลักฐานแสดงการคัดกรองและประเมิน ADL |  |
| **3.2 หน่วยจัดบริการ ที่ได้รับการโอนงบประมาณมีการจัดทำ CP** | **4** |  | - CP รายบุคคลครอบคลุมผู้สูงอายุ |
| **3.3 ผู้สูงอายุได้รับบริการดูแล** **ตาม CP** | **4** |  | - แบบบันทึกการปฏิบัติงานของ CM/ สหวิชาชีพ และ CG |
| **3.4 สัดส่วนของ CM/CG เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข** | **4** |  | - เอกสารการมอบหมายงานในการดูแลผู้สูงอายุ ของ CM/CG |
| **3.5 มีนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย** | **9** |  | - สิ่งประดิษฐ์ เอกสารรายงานการวิจัยหรืองานวิชาการ |
| **รวมคะแนนด้านที่ 3** | **30** |  |
| **4. การกำกับติดตาม** | **4.1 CM มีการติดตามการดำเนินงานของ CG ให้เป็นไปตาม CP** | **4** |  | 1. แบบบันทึกการกำกับการดูแลตาม CP ของ CM2. ผลการปฏิบัติงานของ CG ตาม CP โดยการควบคุมกำกับของ CM |  |
| **4.2 คณะอนุกรรมการ LTC มีการประเมินความพึงพอใจของผู้จัดบริการและผู้รับบริการ** | **4** |  | - สรุปผลการประเมินความพึงพอใจ |
| **4.3 สรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ LTC** | **4** |  | - รายงานผลการดำเนินงาน |
| **4.4 อนุ LTC มีการติดตามประเมินผลผลการดำเนินงาน LTC** | **4** |  | - มีแผน /ผลการกำกับติดตาม พร้อมเอกสารประกอบ |
| **4.5 กองทุน LTC มีการจัดทำระบบบัญชีการเงิน** | **4** |  | 1. เอกสารประกอบการเบิกจ่าย (โครงการ /ข้อตกลง /ใบเสร็จ ใบสำคัญรับเงินของหน่วยจัดบริการที่ขอรับเงิน) 2. หนังสือแจ้งการโอนเงินจาก สปสช. |
| **รวมคะแนนด้านที่ 4** | **20** |  |
| **5. การมีส่วนร่วมในพื้นที่** | **5.1 มีทีมสหวิชาชีพ / CM / CG /ญาติผู้สูงอายุในการร่วมดูแลกลุ่มเป้าหมายตามสภาพปัญหา** | **5** |  | 1. แผนการดูแลตาม CP 2. แบบบันทึกการดูแลด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม (กรมอนามัย) |
| **5.2 ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกมิติตามสภาพปัญหา** | **5** |  | 1. แผนพัฒนาท้องถิ่น/แผนชุมชน และแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง 2. รายงานประชุม3. เอกสาร ภาพถ่ายกิจกรรมภาพที่เกี่ยวข้อง |
| **5.3 มีการจัดบริการให้กับผู้ที่มี****ภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่น นอกกลุ่มเป้าหมาย LTC** | **5** |  | - แผนงานโครงการดูแล /รายงานผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิอื่นที่ได้รับการดูแล |
| **รวมคะแนนด้านที่ 5** | **15** |  |
|  | **คะแนนรวม 5 กิจกรรม** | **100** |  | **คะแนน** |  |

**ความเห็นเพิ่มเติมของคณะอนุกรรมการ LTC (ประเมินตนเอง) / ทีมประเมิน (ภายนอก)** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

**ผู้ประเมิน**

ลงชื่อ............................................................

 ( )

ลงชื่อ............................................................

 ( )

ลงชื่อ............................................................

 ( )

ลงชื่อ............................................................

 ( )

ลงชื่อ............................................................

 ( )

วันที่ .......... เดือน ................................ พ.ศ. 25...........

ตัวแทนคณะอนุกรรมการฯ รับทราบผลการประเมิน

ลงชื่อ.....................................................................

( )

ประธานอนุกรรมการฯ (อบต./เทศบาล)

.......................................................................................

วันที่ ........... เดือน ............................... พ.ศ. 25………..