แบบประเมิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีงบประมาณ 2563

<u>คำชี้แจง</u> : โปรดเติมเครื่องหมาย √ และกรอกข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

1. **พี่เลี้ยงจังหวัด : ..... อำเภอ : .....**
2. **ชื่อกองทุนที่เข้านิเทศงาน : .....**

หัวข้อการประเมินกองทุนตำบล	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ประเมิน
ด้านที่ 1 สรุปการดำเนินงานกองทุนฯ ปีที่ผ่านมา		
1.1 ความครบถ้วน ถูกต้องต้องของเอกสารการเบิกจ่าย	10	
1.2 ความครบถ้วนของเอกสารผลการดำเนินงาน	10	
1.3 การส่งรายงานการเงิน และรายงานกิจกรรม	10	
ด้านที่ 2 การดำเนินงานกองทุน ปีปัจจุบัน		
2.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน	5	
2.2 การจัดทำแผนการเงิน รับ-จ่าย ประจำปีและโครงการบริหารกองทุน	5	
2.3 การสมทบเงินของ อปท. ให้กับกองทุน	10	
2.4 การประชุมกรรมการกองทุน	10	
2.5 กองทุนทำแผนสุขภาพตำบลในประเด็นอาหารและโภชนาการ, การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย ,ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา ยาสูบ และสารเสพติด,กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง	10	
2.6 กองทุนมีโครงการ ตามข้อ 2.5	15	
2.7 กองทุนมีโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) และพัฒนาการเด็ก	15	
คะแนนรวมการประเมิน (ด้านที่ 1+2)	100	

<u>ด้านที่ 1</u> : สรุปการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีที่ผ่านมา

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้
1.1	ตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงินกองทุน 1) สรุปการประชุมคณะกรรมการกองทุน วาระการพิจารณา อนุมัติแผนงาน โครงการ กิจกรรมที่มีการเบิกจ่ายเงินสนับสนุน 2) ใบฎีกาเบิกจ่ายเงินกองทุน 3) แบบเสนอแผนงาน โครงการ กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ	**1.1 ความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารประกอบการเบิกจ่าย** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีเอกสารประกอบการเบิกจ่าย ตามข้อ 1) - ข้อ 3) และมีการลงลายมือชื่อของผู้ที่เกี่ยวข้อง ครบถ้วน ถูกต้องทุกโครงการ ☐ มีเอกสารประกอบการเบิกจ่าย ตามข้อ 1) - ข้อ 3) และมีการลงลายมือชื่อของผู้ที่เกี่ยวข้อง ครบถ้วน ถูกต้องบางโครงการ ☐ ไม่มีเอกสารประกอบการเบิกจ่ายตามข้อ 1) - ข้อ 3)	10 5 0	
1.2	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ผลการดำเนินงานตามแผน 1) แบบเสนอโครงการ กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ 2) เอกสารผลการดำเนินงาน สิ่งส่งมอบที่ปรากฏตามข้อตกลงดำเนินงาน	**1.2 ความครบถ้วนของเอกสารผลการดำเนินงาน** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีการลงสรุปผลการดำเนินงาน ตามข้อ 1) และมีเอกสารผลการดำเนินงานครบทุกโครงการ ☐ การลงสรุปผลการดำเนินงาน ตามข้อ 1) และมีเอกสารผลการดำเนินงานไม่ครบทุก โครงการ ☐ ไม่มีการลงสรุปผลการดำเนินงานตามข้อ 1) และไม่มีเอกสารผลการดำเนินงานประกอบทุกโครงการ	10 5 0	

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้
1.3	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน 1) รายงานการเงินรายเดือน รายไตรมาส รายปี ของปีที่ผ่านมา 2) รายงานการปิดโครงการ ผ่านโปรแกรม https://localfund.happynetwork.org/	**1.3 กองทุนมีการบันทึกรายงานการเงินรายเดือน รายปี ของปีที่ผ่านมา และปิดโครงการครบถ้วนสมบูรณ์ ผ่านโปรแกรม https://localfund.happynetwork.org/** เกณฑ์การให้คะแนน : ☐ มีครบทั้งสองรายงาน ☐ มีไม่ครบ ขาดรายงานใดรายการหนึ่ง ☐ ไม่มีรายงานตามที่กำหนด	10 5 0	

<u>ด้านที่ 2</u> : การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีปัจจุบัน

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้
2.1	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน 1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน	2.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนครบถ้วน ☐ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน แต่ไม่ครบถ้วน ☐ ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน	5 3 0	
2.2	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การจัดทำแผนการเงินรับ-จ่าย ประจำปี และการจัดทำโครงการบริหารกองทุนประจำปี ออกแบบกิจกรรมครบถ้วน 1) แบบฟอร์มแผนการเงินประจำปีของกองทุน 2) มีการจัดทำโครงการบริหารกองทุนประจำปี ออกแบบกิจกรรมครบถ้วน	**2.2 การจัดทำแผนการเงินประจำปี และการจัดทำ**โครงการบริหารกองทุนประจำปี ออกแบบกิจกรรมครบถ้วน <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีเอกสารตามข้อ 1) และ ข้อ 2) ☐ มีแผน ข้อใดข้อหนึ่ง ☐ ไม่มีการจัดทำแผนการเงินประจำปี	5 3 0	
2.3	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การสมทบเงินของ อปท. ให้กับกองทุน 1) รายงานการเงินสมทบของ อปท.จากสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของกองทุน และลงรับเงินในโปรแกรมกองทุนสุขภาพตำบล	**2.3 การสมทบเงินของ อปท. ให้กับกองทุน** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีการสมทบเงินของ อปท. ตามอัตราที่ต้องสมทบ ภายใน 31 มีนาคม ของปีนั้นๆ ☐ มีการสมทบเงินของ อปท. ตามอัตราที่ต้องสมทบ เกินวันที่ 31 มีนาคม ของปีนั้นๆ ☐ มีการสมทบเงินของ อปท. น้อยกว่าอัตราที่ต้องสมทบ ภายใน 31 มีนาคม ของปีนั้นๆ ☐ มีการสมทบเงินของ อปท. น้อยกว่าอัตราที่ต้องสมทบ เกินวันที่ 31 มีนาคม ของปีนั้นๆ	10 5 3 1	

		☐ ไม่มีการสมทบเงินของ อปท. **** หมายเหตุ : กองทุนไม่ได้รับการจัดสรรเงินจาก สปสช.ในปีปัจจุบัน ไม่ต้องประเมินข้อนี้**	0	
2.4	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน 1) เอกสารสรุปการประชุมกรรมการของกองทุน ต้องมีวาระพิจารณาโครงการและผลการพิจารณา	**2.4 กองทุนประชุมกรรมการกองทุนเพื่ออนุมัติแผนงานโครงการ กิจกรรมประจำปี** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีการประชุมกรรมการกองทุน เพื่ออนุมัติแผนงาน โครงการ กิจกรรม แล้ว ☐ ไม่มีการประชุมกรรมการกองทุนเพื่ออนุมัติแผนงานโครงการ กิจกรรม	10 0	
2.5	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน 1) แผนสุขภาพตำบลในประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย ,ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา ยาสูบ และสารเสพติด), กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง	**2.5 กองทุนมีการทำแผนสุขภาพตำบลในประเด็นอาหารและโภชนาการ การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย ,ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา ยาสูบ และสารเสพติด),กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง เป็นต้น** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีแผนสุขภาพตำบล และมีการเบิกจ่ายเงินแล้ว ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป ☐ มีแผนสุขภาพตำบล และมีการเบิกจ่ายเงินแล้ว ตั้งแต่ร้อยละ 26–69.99 ☐ มีแผนสุขภาพตำบล และมีการเบิกจ่ายเงินแล้ว ตั้งแต่ร้อยละ 1 –25.99 ☐ ไม่มีการเบิกจ่ายเงินจากกองทุน	10 5 3 0	

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้
2.6	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน 1) เอกสารโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ,การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย ,ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา ยาสูบ	**2.6 กองทุนมีโครงการฯ ตามข้อ 2.5** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ การเพิ่มการเคลื่อนไหวทาง	15	

	และสารเสพติด,กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยงที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน 2) ใบฎีกาเบิกจ่ายเงินของกองทุนสนับสนุนโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ , PA , ปัจจัยเสี่ยง , แรงงานนอกระบบ	กาย ,ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา ยาสูบ และสารเสพติด,กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยงที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุนและเบิกจ่ายเงินสนับสนุนแล้ว ☐ มีโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย ,ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา ยาสูบ และสารเสพติด,กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยงที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน แต่ยังไม่ได้เบิกจ่ายเงินสนับสนุน ☐ ไม่มีโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย ,ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา ยาสูบ และสารเสพติด,กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง	10 0	
2.7	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน 1) เอกสารโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) และพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน 2) ใบฎีกาเบิกจ่ายเงินของกองทุนสนับสนุนโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) และพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน	**2.8 กองทุนมีโครงการ NCD และพัฒนาการเด็ก** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) และพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุนและเบิกจ่ายเงินสนับสนุนแล้ว ☐ มีโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) และพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน แต่ยังไม่ได้เบิกจ่ายเงินสนับสนุน ☐ ไม่มีโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) และพัฒนาการเด็ก	15 10 0	

แบบประเมิน

กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ปีงบประมาณ 2563

<u>คำชี้แจง</u> : โปรดเติมเครื่องหมาย √ และกรอกข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

หัวข้อการประเมินกองทุน LTC	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ประเมิน
1. การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ LTC	10	
2. การประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN	15	
3. การโอนงบประมาณให้หน่วยจัดบริการ(ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/รพ.สต./รพ.อื่นๆ)	15	
4. การบันทึก ADL เมื่อครบ 9 เดือน	10	
คะแนนรวมการประเมิน	50	

กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนนที่ได้
1	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน - การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ LTC ครบองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบ จำนวน 10 คน ลงนามประกาศโดยประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ถูกต้องครบถ้วน	**1. การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ LTC** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีเอกสารการแต่งตั้งคณะกรรมการครบองค์ประกอบ และมีการลงนามประกาศถูกต้องและครบถ้วน ☐ มีเอกสารการแต่งตั้งคณะกรรมการไม่ครบองค์ประกอบ ☐ ไม่มีเอกสารการแต่งตั้งคณะกรรมการ	5 3 1	
2	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน - มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ	**2. การประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u>		

	ไม่เกิน 30 วัน(ตรวจสอบจากระบบ)	☐ มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 30 วัน ☐ มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 31 - 60 วัน ☐ มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 61 - 90 วัน ☐ มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 90 - 120 วัน ☐ มากกว่า 120 วัน หรือยังไม่มีการบันทึกเสนอรายชื่อ	5 4 3 2 1	
3	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน - มีการโอนงบประมาณให้หน่วยจัดบริการ(ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตหรือ รพสต.หรือ รพ.หรืออื่นๆ)	**3. การโอนงบประมาณให้หน่วยจัดบริการ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/ รพ.สต./รพ.อื่นๆ)** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีการโอนงบประมาณให้หน่วยจัดบริการ ไม่เกิน 15 วัน ☐ มีการโอนงบประมาณให้หน่วยจัดบริการ ไม่เกิน 16 - 20 วัน ☐ มีการโอนงบประมาณให้หน่วยจัดบริการ ไม่เกิน 21 - 30 วัน ☐ มีการโอนงบประมาณให้หน่วยจัดบริการ ไม่เกิน 31 - 45 วัน ☐ มากกว่า 45 วัน หรือยังไม่มีการพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN	5 4 3 2 1	
4	ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน - มีการบันทึก ADL เมื่อครบ 9 เดือน	**4. มีการบันทึก ADL เมื่อครบ 9 เดือน** <u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u> ☐ มีการบันทึก ADL เมื่อครบ 9 เดือน ☐ มีการอนุมัติ CAREPLAN แล้ว แต่ยังไม่ครบ 9 เดือน ☐ ยังไม่มีการพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN	5 3 1	

ลงชื่อ ..... ผู้ประเมิน

วันที่ประเมิน .....