



แบบประเมิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีงบประมาณ 2563

คำชี้แจง : โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

1. พี่เลี้ยงจังหวัด : อำเภอ :
2. ชื่อกองทุนที่เข้านิเทศงาน :

หัวข้อการประเมินกองทุนตำบล	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ประเมิน
ด้านที่ 1 สรุปการดำเนินงานกองทุนฯ ปีที่ผ่านมา		
1.1 ความครบถ้วน ถูกต้องของเอกสารการเบิกจ่าย	10	
1.2 ความครบถ้วนของเอกสารผลการดำเนินงาน	10	
1.3 การส่งรายงานการเงิน และรายงานกิจกรรม	10	
ด้านที่ 2 การดำเนินงานกองทุน ปีปัจจุบัน		
2.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน	5	
2.2 การจัดทำแผนการเงินประจำปีและโครงการบริหารจัดการ	5	
2.3 การสมทบเงินของ อปท. ให้กับกองทุน	10	
2.4 การประชุมกรรมการกองทุน	10	
2.5 กองทุนมีการทำแผนสุขภาพตำบลในประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย , ปักจี้ยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา / ยาสูบ / สารเสพติด) , กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง	10	
2.6 กองทุนมีโครงการ ตามข้อ 2.5	15	
2.7 กองทุนมีโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) หรือ พัฒนาการเด็ก	15	
คะแนนรวมการประเมิน (ด้านที่ 1+2)	100	

ลงชื่อ ผู้ประเมิน
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับการประเมิน
(.....)

วันที่ประเมิน

**ด้านที่ 1 : สรุปการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
ปีที่ผ่านมา**

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนน ที่ได้
1.1	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงินกองทุน</p> <p>1) สรุปการประชุมคณะกรรมการกองทุน วาระการพิจารณา อนุมัติแผนงาน โครงการ กิจกรรมที่มีการเบิกจ่ายเงิน สนับสนุน</p> <p>2) ใบฎีกาเบิกจ่ายเงินกองทุน</p> <p>3) แบบเสนอแผนงาน โครงการ กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ</p>	<p>1.1 ความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารประกอบการเบิกจ่าย</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีเอกสารประกอบการเบิกจ่าย ตามข้อ 1) - ข้อ 3) และมีการลงลายมือชื่อของผู้ที่เกี่ยวข้อง ครบถ้วน ถูกต้อง ทุกโครงการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีเอกสารประกอบการเบิกจ่าย ตามข้อ 1) - ข้อ 3) และมีการลงลายมือชื่อของผู้ที่เกี่ยวข้อง ครบถ้วน ถูกต้อง บางโครงการ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเอกสารประกอบการเบิกจ่าย ตามข้อ 1) - ข้อ 3)</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	
1.2	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ผลการดำเนินงานตามแผน</p> <p>1) แบบเสนอโครงการ กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ</p> <p>2) เอกสารผลการดำเนินงาน สิ่งส่งมอบที่ปรากฏตามข้อตกลงดำเนินงาน</p>	<p>1.2 ความครบถ้วนของเอกสารผลการดำเนินงาน</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีการลงสรุปผลการดำเนินงาน ตามข้อ 1) และมีเอกสารผลการดำเนินงานครบทุกโครงการ</p> <p><input type="checkbox"/> การลงสรุปผลการดำเนินงาน ตามข้อ 1) และมีเอกสารผลการดำเนินงานไม่ครบทุกโครงการ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการลงสรุปผลการดำเนินงาน ตามข้อ 1) และไม่มีเอกสารผลการดำเนินงานประกอบทุกโครงการ</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนน ที่ได้
1.3	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>1) รายงานการเงินรายเดือน รายไตรมาส รายปี ของปีที่ผ่านมา</p> <p>2) รายงานการปิดโครงการ ผ่านโปรแกรม https://localfund.happynetwork.org/</p>	<p>1.3 กองทุนมีการบันทึกรายงานการเงินรายเดือน รายปี ของปีที่ผ่านมา และปิดโครงการครบถ้วนสมบูรณ์ ผ่านโปรแกรม https://localfund.happynetwork.org/</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน :</p> <p><input type="checkbox"/> มีครบทั้งสองรายงาน</p> <p><input type="checkbox"/> มีไม่ครบ ขาดรายงานใดรายการหนึ่ง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีรายงานตามที่กำหนด</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	

ด้านที่ 2 : การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีปัจจุบัน

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนน ที่ได้
2.1	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน</p> <p>1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน</p>	<p>2.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน แต่ไม่ครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุน</p>	<p>5</p> <p>3</p> <p>0</p>	
2.2	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การจัดทำแผนการเงินประจำปี และโครงการบริหารกองทุน</p> <p>1) แบบฟอร์มแผนการเงินประจำปีของกองทุน</p> <p>2) มีการจัดทำแผนโครงการบริหารกองทุน</p>	<p>2.2 การจัดทำแผนการเงินประจำปีและโครงการบริหารกองทุน</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีเอกสารตามข้อ 1) และ ข้อ 2)</p> <p><input type="checkbox"/> มีแผน ข้อใดข้อหนึ่ง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการจัดทำแผนการเงินประจำปี</p>	<p>5</p> <p>3</p> <p>0</p>	
2.3	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน การสมทบเงินของ อปท. ให้กับกองทุน</p> <p>1) รายงานการเงินสมทบของ อปท. จากสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของกองทุน</p>	<p>2.3 การสมทบเงินของ อปท. ให้กับกองทุน</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีการสมทบเงินของ อปท. ตามอัตราที่ต้องสมทบ ภายใน 31 มีนาคม ของปีนั้นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> มีการสมทบเงินของ อปท. ตามอัตราที่ต้องสมทบ เกินวันที่ 31 มีนาคม ของปีนั้นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> มีการสมทบเงินของ อปท. น้อยกว่าอัตราที่ต้องสมทบ ภายใน 31 มีนาคม ของปีนั้นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> มีการสมทบเงินของ อปท. น้อยกว่าอัตราที่ต้องสมทบ เกินวันที่ 31 มีนาคม ของปีนั้นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการสมทบเงินของ อปท.</p> <p>**หมายเหตุ : กองทุนไม่ได้รับการจัดสรรเงินจาก สปสช.ในปีปัจจุบัน ไม่ต้องประเมินข้อนี้</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>0</p>	

2.4	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>1) เอกสารสรุปการประชุมกรรมการของกองทุน ต้องมีวาระพิจารณาแผนงาน/โครงการ และผลการพิจารณา</p>	<p>2.4 กองทุนประชุมกรรมการกองทุน เพื่ออนุมัติแผนงานโครงการ กิจกรรม ประจำปี</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีการประชุมกรรมการกองทุน เพื่ออนุมัติแผนงาน โครงการ กิจกรรม แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการประชุมกรรมการกองทุน เพื่ออนุมัติแผนงานโครงการ กิจกรรม</p>	<p>10</p> <p>0</p>	
2.5	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>1) แผนสุขภาพตำบลในประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย , ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา / ยาสูบ / สารเสพติด) , กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง (แผนใดแผนหนึ่ง)</p>	<p>2.5 กองทุนมีการทำแผนสุขภาพตำบลในประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย , ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา / ยาสูบ / สารเสพติด) , กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง เป็นต้น</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีแผนสุขภาพตำบล และมีการเบิกจ่ายเงินแล้ว ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป</p> <p><input type="checkbox"/> มีแผนสุขภาพตำบล และมีการเบิกจ่ายเงินแล้ว ตั้งแต่ร้อยละ 26-69.99</p> <p><input type="checkbox"/> มีแผนสุขภาพตำบล และมีการเบิกจ่ายเงินแล้ว ตั้งแต่ร้อยละ 1 -25.99</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีการเบิกจ่ายเงินจากกองทุน</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>3</p> <p>0</p>	

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนน ที่ได้
2.6	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>1) เอกสารโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย , ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา / ยาสูบ / สารเสพติด) , กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยงที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน</p> <p>2) ใบฎีกาเบิกจ่ายเงินของกองทุนสนับสนุนโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย , ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา / ยาสูบ / สารเสพติด) , กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยง</p>	<p>2.6 กองทุนมีโครงการฯ ตามข้อ 2.5</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย , ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา / ยาสูบ / สารเสพติด) , กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยง ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุนและเบิกจ่ายเงินสนับสนุนแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> มีโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย , ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา / ยาสูบ / สารเสพติด) , กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยง ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน แต่ยังไม่ได้เบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีโครงการประเด็นอาหารและโภชนาการ , การเพิ่มการเคลื่อนไหวทางกาย , ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ (สุรา / ยาสูบ / สารเสพติด) , กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยง</p>	<p>15</p> <p>10</p> <p>0</p>	
2.7	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>1) เอกสารโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) หรือพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน</p> <p>2) ใบฎีกาเบิกจ่ายเงินของกองทุนสนับสนุนโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) หรือพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน</p>	<p>2.8 กองทุนมีโครงการ NCD หรือพัฒนาการเด็ก</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) หรือพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุนและเบิกจ่ายเงินสนับสนุนแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> มีโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) หรือพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการกองทุน แต่ยังไม่ได้เบิกจ่ายเงินสนับสนุน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีโครงการโรคเรื้อรัง NCD (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) หรือพัฒนาการเด็ก</p>	<p>15</p> <p>10</p> <p>0</p>	



แบบประเมิน

กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ปีงบประมาณ 2563

คำชี้แจง : โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

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

ลงชื่อ ผู้ประเมิน
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับการประเมิน
(.....)

วันที่ประเมิน

กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

ข้อ	การประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	คะแนน ที่ได้
1	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>- การแต่งตั้งคณะกรรมการ LTC ครบองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบ จำนวน 10 คน ลงนามประกาศโดยประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ถูกต้อง ครบถ้วน</p>	<p>1. การแต่งตั้งคณะกรรมการ LTC</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีเอกสารการแต่งตั้งคณะกรรมการ ครบองค์ประกอบ และมีการลงนาม ประกาศถูกต้องและครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> มีเอกสารการแต่งตั้งคณะกรรมการ ไม่ครบองค์ประกอบ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเอกสารการแต่งตั้ง คณะกรรมการ</p>	<p>10</p> <p>6</p> <p>1</p>	
2	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>- มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 30 วัน(ตรวจสอบจากระบบ)</p>	<p>2. การประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 30 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 31 - 60 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 61 - 90 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการประชุมพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN หลังจากได้รับงบประมาณ ไม่เกิน 90 - 120 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 120 วัน หรือยังไม่มี การบันทึกเสนอรายชื่อ</p>	<p>15</p> <p>12</p> <p>9</p> <p>6</p> <p>1</p>	

3	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>- มีการโอนงบประมาณให้หน่วย จัดบริการ(ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตหรือ รพ.สต.หรือ รพ.หรืออื่นๆ)</p>	<p>3. การโอนงบประมาณให้หน่วย จัดบริการ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/ รพ.สต./รพ.อื่นๆ)</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีการโอนงบประมาณให้หน่วย จัดบริการ ไม่เกิน 15 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการโอนงบประมาณให้หน่วย จัดบริการ ไม่เกิน 16 - 20 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการโอนงบประมาณให้หน่วย จัดบริการ ไม่เกิน 21 - 30 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการโอนงบประมาณให้หน่วย จัดบริการ ไม่เกิน 31 - 45 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 45 วัน หรือยังไม่มี การพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN</p>	<p>15</p> <p>12</p> <p>9</p> <p>6</p> <p>1</p>	
4	<p>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน</p> <p>- มีการบันทึก ADL เมื่อครบ 9 เดือน</p>	<p>4. มีการบันทึก ADL เมื่อครบ 9 เดือน</p> <p><u>เกณฑ์การให้คะแนน :</u></p> <p><input type="checkbox"/> มีการบันทึก ADL เมื่อครบ 9 เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการอนุมัติ CAREPLAN แล้ว แต่ยังไม่ครบ 9 เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่มีการพิจารณาอนุมัติ CAREPLAN</p>	<p>10</p> <p>6</p> <p>1</p>	