A1

แบบสอบถามของหน่วยงานโครงการตามนโยบายสำคัญ “โครงการทีมหมอครอบครัว”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ สำหรับผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ ทีมหมอครอบครัว ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ ๒ เป็นกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ คำถามเป็นลักษณะปลายเปิด และให้เลือกตอบ กรณีเลือกตอบโปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หัวข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หรือเติมคำในชองว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงและขอขอบคุณที่ให้ข้อมูล

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

หน่วยงานที่ให้ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....เขตสุขภาพที่.....
ชื่อ-สกุลผู้ประสานงาน/PM.....โทรศัพท์.....e-mail.....

ส่วนที่ ๒ การดำเนินงาน

๒.๑ ในจังหวัด/พื้นที่ของท่าน สถานการณ์ปัจจุบันโครงการทีมหมอครอบครัวเป็นอย่างไรเปรียบเทียบกับปีงบประมาณที่ผ่านมา โปรดอธิบายเปรียบเทียบความแตกต่างตามประเด็นต่อไปนี้

๑) ด้านนโยบาย (โครงสร้างการทำงาน /กำหนดผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และบทบาทหน้าที่/คณะกรรมการดำเนินงานฯ/ ทำเนียบทีมหมอครอบครัว จำนวนทีมหมอครอบครัว ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน)

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

๒) แผนงาน (มีการทบทวนปัญหา รวบรวมข้อมูลสุขภาพของพื้นที่และการวางแผนร่วมกัน/ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน/แนวทางการดำเนินงาน/แผนการกับติดตามและประเมินผล ผลการดำเนินงานตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน)

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

๓) งบประมาณ (การบริหารงบประมาณ /งบประมาณดำเนินงานทั้งหมดภาพรวมเขต/แผนการจัดสรรงบประมาณ/ การสนับสนุนการดำเนินงาน)

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

๔) การจัดระบบบริการ (จัดทำคู่มือหรือแนวทางการระบบบริการที่จำเป็นในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย/การบริหารจัดการทีมหมอครอบครัวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย: ในระยะแรก ๓ กลุ่ม ผู้สูงอายุติดเตียง/ผู้พิการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ/Palliative Care การจัดระบบข้อมูลสนับสนุน/การส่งต่อดูแลผู้ป่วย ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๕) การพัฒนาบุคลากร (แผนการพัฒนาทีมพี่เลี้ยง/การดำเนินงานพัฒนาทีมพี่เลี้ยง/ การติดตามประเมินผลหลังการอบรมทีมพี่เลี้ยง การสนับสนุน /คู่มือทีมหมอครอบครัว/คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Long Term Care/การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)การดูแลผู้พิการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ / การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ส่วนกลาง:ภาคีเครือข่าย)/ การพัฒนาอสม.เชี่ยวชาญ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖) การกำกับ ติดตาม ประเมินผล **(** มีคณะกรรมการติดตามประเมินผล /แผนการกำกับ ติดตามฯ/ การสรุปรายงานผลการติดตามประเมินผล)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๒. ในจังหวัด/พื้นที่ของท่าน มีนโยบายหรือโครงการใดบ้างที่สอดคล้องหรือเกี่ยวข้องกับนโยบายทีมหมอครอบครัว และระดับความสำเร็จของโครงการ เป้าหมายของโครงการที่ตั้งไว้อย่างไร

(โปรดระบุชื่อโครงการที่เกี่ยวข้อง และใส่เครื่องหมาย ✓ในช่องที่ตรงกับข้อการจัดตั้งนโยบายของท่าน) และโครงการใดที่ท่านให้น้ำหนักมากที่สุด โปรดให้คะแนนน้ำหนักของโครงการเป็นร้อยละ (น้ำหนักความสำคัญของโครงการนี้ที่ทำให้โครงการทีมหมอครอบครัวบรรลุเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละเท่าไรของโครงการทั้งหมด) (โดยภาพรวมดูจากความสอดคล้องของโครงการกับนโยบาย และภาพรวมของงบประมาณของแต่ละโครงการ)

โครงการที่สอดคล้องหรือเกี่ยวข้องกับนโยบายทีมหมอครอบครัว	จัดตั้งก่อนรับนโยบาย	จัดตั้งหลังรับนโยบาย	น้ำหนักความสำคัญของโครงการ คิดเป็นร้อยละ
๑			
๒			
๓			

๒.๓ การบริหารจัดการโครงการ (การถ่ายทอด การขับเคลื่อน ฯลฯ) กรุณาตอบแยกเป็นรายโครงการ ในหน่วยงานของท่าน มีการบริหารจัดการอย่างไร (งบประมาณ แผนงาน/โครงการ/การบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ / การบูรณาการกับแผนงานที่มีอยู่ / การสร้างความเข้าใจกับบุคลากร / การวางแผนการดำเนินงาน / การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบโครงการ / การติดตามงานตามโครงการ ฯลฯ)

โครงการ	โปรดอธิบายตามรายละเอียด ดังกล่าวข้างต้น
๑.โครงการ ชื่อโครงการ	

๒. ๔ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (โปรดระบุรายชื่อภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกองค์กร และโปรดอธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน ในมิติที่เกี่ยวข้องได้แก่ วิธีการประสานงานเครือข่าย รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วม งบประมาณ การใช้ทรัพยากร)

ชื่อองค์กร/หน่วยงาน	บทบาทการมีส่วนร่วม

๒.๕ การกำกับ ติดตาม ประเมินผล (คณะกรรมการติดตามประเมินผล /แผนการติดตามฯ/ การสรุปรายงานผลการติดตามประเมินผลฯ : กรุณาตอบแยกเป็นรายโครงการ)

๒.๕.๑ การประเมินผลตามแผนปฏิบัติงานมีวิธีการอย่างไร โปรดอธิบาย (การกำหนดกรอบระยะเวลา / แนวทางการติดตาม /เป้าหมาย ฯลฯ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๕.๒ แผนการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร โปรดอธิบาย (แผนการติดตาม/ความพอเพียง/ความทันเวลา)

.....

.....

.....

.....

๒.๕.๓ กรณีที่ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด มีการปรับแผนและประชุมหารือเพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขหรือไม่ อย่างไร และหลังการปรับแผนฯ ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร

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

๒.๖ ระบบส่งต่อ ในจังหวัด/พื้นที่ของท่าน มีการบริหารจัดการ ระบบส่งต่อ ทั้งการให้บริการส่งต่อและรับกลับ การจัดระบบข้อมูลสนับสนุนการส่งต่อมีการดำเนินงานอย่างไร

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

๒.๗ ในจังหวัด/พื้นที่ของท่าน มี การสนับสนุนทรัพยากร การสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดนวัตกรรมหรือไม่ มีนวัตกรรมใดเกิดขึ้นบ้างโปรดอธิบาย

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

๒.๘ โปรดให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ในการดำเนินงานโครงการทีมหมอครอบครัวในภาพรวม(กรอบเวลา / งบประมาณที่กำหนดไว้ /ความสอดคล้องกับความต้องการของ ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง/ความพึงพอใจของผู้ที่ได้รับประโยชน์ร่วม/ ประชาชน

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

๒.๙ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค / ปัจจัยเกื้อหนุน ต่อการดำเนินงาน (กรุณาตอบแยกเป็นรายโครงการ)

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

โปรดส่งแบบสอบถามกลับได้ที่ สำนักตรวจและประเมินผล อาคาร ๖ ชั้น ๘ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐๑๔๘๒ โทรสาร ๐๒- ๕๙๐๑๘๙๑ และทางจดหมายอิเลคทรอนิคส์ inspectionmoph@gmail.com หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามที่ ๐๘๔-๓๘๘๒๖๕๙ โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐๑๔๘๒